



**Maria Clara Cardoso
Farias**

**Contributos do benchmarking para a melhoria da
qualidade das práticas de enfermagem**



**Maria Clara Cardoso
Farias**

**Contributos do benchmarking para a melhoria da
qualidade das práticas de enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Prof.^a Dr.^a Cláudia Sarrico, Professora do Departamento de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Prof. Dr. Rui Armando Gomes Santiago, Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof.^a Dr.^a Cláudia Sofia Sarrico Ferreira da Silva, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Pereira Garcia de Galvão, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto de Coimbra

Agradecimentos

Agradecemos reconhecidamente à orientadora, Professora Doutora Cláudia Sarrico, o tempo dispendido, o saber, os conselhos e os incentivos, que nos deram confiança e alento para a concretização do estudo.

Ao Conselho de Administração do Hospital em estudo que permitiu incondicionalmente a elaboração deste trabalho e aos colegas entrevistados, pela disponibilidade, simpatia e incentivo.

Aos colegas de Mestrado e, em especial, à Elsa e ao Jorge, pelo apoio, estímulo e confiança que nos transmitiram.

À Luísa Pinto Coelho, Professora da Escola de Enfermagem Bissaya Barreto em Coimbra, pela sua colaboração na validação da análise de conteúdo.

Ao Garrido, e ao Óscar os amigos de sempre, pela disponibilidade, pelas observações, críticas e sugestões.

Ao Victor, ao Pedro, e à Margarida, pela paciência e compreensão nas ausências, pelo carinho e apoio incondicional e a todos os que sempre nos apoiaram e acreditaram em nós um sincero obrigado.

Resumo

O benchmarking, é uma ferramenta muito usada em processos de melhoria da qualidade, mas em Portugal só agora começam a emergir os primeiros estudos na área da saúde.

Apresentamos um estudo qualitativo, sobre o benchmarking das práticas de enfermagem num hospital, para o qual definimos os seguintes objectivos: identificar áreas para melhorias, identificar as melhores práticas de enfermagem nos serviços de internamento de adultos e conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para adoptar essas práticas.

Os dados foram colhidos por entrevista semi-estruturada a oito enfermeiros, cujo conteúdo submetemos a um processo de análise. Concluimos que desde o processo de admissão de utentes até à alta, poderão ocorrer melhorias significativas das práticas de enfermagem, em todos os serviços, se os serviços aplicarem as melhores práticas identificadas. Todos os serviços foram identificados com boas práticas, uns numas áreas outros nas outras. Excepto no que diz respeito ao planeamento dos cuidados, área em que não haverá grandes melhorias, como resultados deste estudo de benchmarking interno, porque não se evidenciam as melhores práticas em nenhum serviço. Por essa razão um exercício de benchmarking externo seria por ventura mais benéfico.

Identificámos uma grande lacuna institucional que faz parte das preocupações dos enfermeiros referente à falta de garantia de continuidade de cuidados, após a alta de um doente.

O estudo reforça a nossa convicção de que faz sentido analisar a qualidade das práticas de enfermagem num projecto de melhoria contínua de um hospital.

abstract

Benchmarking is a tool often used in quality improvement exercises. However, in Portugal, in the health care sector, only now the first studies of this kind are starting to emerge.

A qualitative study on the benchmarking of nursing practices in a hospital is presented, whose main objectives are: to identify areas for improvement; to identify the best practices in the adult inpatient sector; and to know how some factors affect the attitudes of the nursing staff to adopt those practices. Data was collected via semi-structured interviews to eight nurses, whose content was then analysed. The conclusion was reached that, since admission until discharge, significant improvement to the nursing practices, in all studied services, could be attained. All services had better practices in some areas relative to each other. However, with the exception of the planning of care, no services exhibit best practice. For this reason, it might be more beneficial for this hospital an external benchmarking exercise.

A major institutional shortcoming was identified, which preoccupies the nursing staff, in relation to the lack of guarantee concerning care once the patient leaves the hospital.

The study reinforces the researcher's initial idea that it makes sense to analyse the quality of nursing practices within a project of continuous improvement in a hospital setting.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	19
1. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E O PROCESSO DE <i>BENCHMARKING</i>.....	25
1.1. O PROCESSO DE <i>BENCHMARKING</i>	29
1.1.1. Tipos de <i>benchmarking</i>	31
1.1.2. Domínios de intervenção	35
1.1.3. Vantagens e potenciais problemas do <i>benchmarking</i>	37
1.1.4. <i>Benchmarking</i> no sector público	39
1.1.5. <i>Benchmarking</i> nos serviços de saúde	45
1.2. QUALIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	48
1.3. O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE ORGANIZACIONAL DO <i>KING'S FUND HEALTH QUALITY SERVICES</i>	54
1.3.1. O Manual de Acreditação para Hospitais 2000	57
1.3.2. O financiamento do programa	58
2. METODOLOGIA.....	59
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	62
2.2. A POPULAÇÃO E A AMOSTRA DO ESTUDO	65
2.3. MÉTODO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO	67
2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	70
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	79
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	80
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	81
3.3. RESULTADOS DO ESTUDO.....	89
3.3.1. Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço.....	89
3.3.2. Representações sobre a avaliação das necessidades dos utentes internados no serviço	100
3.3.3. Representações sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente internado no serviço	108
3.3.4. Representações sobre a implementação dos cuidados de enfermagem e tratamento	114

3.5. Representações sobre a avaliação dos cuidados de enfermagem	122
3.3.6. Representações sobre a política relativa à saída/ alta de um serviço.....	127
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	135
4.1 O PROCESSO DE ADMISSÃO DE UTENTES NO SERVIÇO.....	135
4.2. A AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE	139
4.3. O PLANEAMENTO DOS CUIDADOS.....	142
4.4. A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	144
4.5. A AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS.....	145
4.6. A POLÍTICA RELATIVA À ALTA DE UM DOENTE/ UTENTE DO SERVIÇO	147
5. CONCLUSÃO.....	150

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS:

ANEXO I – Questionário do *benchmarking* métrico

ANEXO II – Guião da entrevista

ANEXO III – Grelhas de análise de conteúdo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Posicionamento dos vários tipos de <i>benchmarking</i>	35
Figura 2: <i>Benchmarking</i> métrico e das práticas	61
Figura 3: Procedimentos da análise de conteúdo	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de produtividade.....	21
Quadro 2: Medidas de Modernização Administrativa	41
Quadro 3: Projecto de <i>Benchmarking</i>	42
Quadro 4: Blocos temáticos em estudo.....	64
Quadro 5: Blocos incluídos no guião da entrevista.....	69
Quadro 6: Domínios e categorias identificados na análise de conteúdo.....	74
Quadro 7: Indicadores de produtividade dos serviços em estudo.....	80
Quadro 8: Quadro geral de caracterização da amostra	87
Quadro 9: <i>Benchmarking</i> métrico da admissão do doente no serviço	91
Quadro 10: Cruzamento de toda a informação sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de doentes por serviço.....	100
Quadro 11: <i>Benchmarking</i> métrico da avaliação das necessidades	101
Quadro 12: <i>Benchmarking</i> métrico da avaliação das necessidades	107
Quadro 13: <i>Benchmarking</i> métrico do planeamento dos cuidados	108
Quadro 14: <i>Benchmarking</i> métrico da implementação dos cuidados	115
Quadro 15: <i>Benchmarking</i> métrico da revisão do tratamento e cuidados.....	123
Quadro 16: <i>Benchmarking</i> métrico da saída/ alta de um serviço.....	128

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados por serviço e sexo.....	82
Tabela 2: Distribuição dos entrevistados por serviço e idade	83
Tabela 3: Distribuição dos entrevistados por serviço e formação profissional	84
Tabela 4: Distribuição dos entrevistados por serviço e categoria profissional	84
Tabela 5: Distribuição dos entrevistados por serviço e tempo de exercício profissional	85
Tabela 6: Distribuição dos entrevistados por serviço e tempo de exercício no serviço	86
Tabela 7: Distribuição dos entrevistados por serviço e a principal área de actuação.....	87
Tabela 8: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do processo de admissão do doente	93
Tabela 9: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do suporte documental	94
Tabela 10: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da formação específica.....	95
Tabela 11: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da supervisão das práticas	96
Tabela 12: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de inclusão da família/ pessoa significativa.....	97
Tabela 13: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de justificação para adopção das práticas de inclusão da pessoa significativa no processo de admissão do doente.....	98
Tabela 14: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da responsabilidade e participação do Enfermeiro Chefe/Coordenador.	99

Tabela 15: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do processo de avaliação das necessidades do utente.	102
Tabela 16: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de consideração do diagnóstico clínico.....	103
Tabela 17: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento do utente.....	104
Tabela 18: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento da família/ pessoa significativa.	105
Tabela 19: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do suporte documental para identificação de necessidades.....	106
Tabela 20: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de adopção de medidas especiais para avaliação das necessidades especiais.....	107
Tabela 21: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da opinião sobre a utilidade do plano de cuidados.....	109
Tabela 22: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do plano de cuidados escrito	110
Tabela 23: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria como é ou deveria ser elaborado o plano de cuidados.	112
Tabela 24: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento do doente no plano de cuidados.....	113

Tabela 25: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do modo como é feita a actualização do plano de cuidados.	114
Tabela 26: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do modo como implementa os cuidados e tratamento	116
Tabela 27: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da responsabilidade de implementação do plano.	117
Tabela 28: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do registo rigoroso dos cuidados prestados.	118
Tabela 29: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do local onde faz os registos.	119
Tabela 30: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se é datado e assinado.	120
Tabela 31: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do local onde é guardado o plano de cuidados.	121
Tabela 32: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se considera que o local é seguro	122
Tabela 33: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da avaliação dos cuidados prestados	124
Tabela 34: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se a avaliação é feita individualmente ou em equipa.....	125
Tabela 35: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da regularidade com que é feita avaliação dos cuidados prestados.	126

Tabela 36: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se os doentes têm acesso a uma segunda opinião se solicitarem	127
Tabela 37: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria dos procedimentos quando um doente tem saída/ alta do serviço.	130
Tabela 38: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da existência de um procedimento documentado para a saída/ alta de um doente.	131
Tabela 39: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria quando dá início ao processo de saída/ alta do serviço.....	132
Tabela 40: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da documentação que acompanha o doente.	133
Tabela 41: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do contacto directo com a unidade de saúde mais próxima.	134

0. INTRODUÇÃO

O Homem é por natureza um ser insatisfeito, pelo que procura insaciavelmente novos conhecimentos, melhores práticas nos mais variados ramos do saber. Foi partindo deste pressuposto que nos candidatámos ao Mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro onde nos foi proposto a elaboração de um trabalho de investigação.

A primeira dificuldade com que nos deparámos foi com a escolha do tema. Por questões de motivação pessoal e interesse científico, queríamos um tema de utilidade prática dentro da nossa área profissional. Pensámos, então, no processo de *benchmarking*, como uma ferramenta que está ao serviço da investigação para descobrir as melhores práticas, daí a sua importância na área da investigação.

A instituição onde trabalhamos encontra-se implicada num processo de melhoria contínua, através do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Este programa visa a certificação de hospitais através de critérios de qualidade organizacional, baseados nas normas do programa de "*Auditoria Organizacional*" do King's Fund Health Quality Service (KFHQS) de Londres. O tema que nos propusemos desenvolver está inserido na nossa área de actuação, que é a enfermagem. Além disto, estamos ligados a este processo de uma forma muito especial, pois somos parte integrante do grupo coordenador da qualidade. Todas estas realidades reforçam a selecção do tema.

Situado no nó rodoviário Aveiro-Viseu e Porto-Coimbra, o hospital em estudo, abrange actualmente uma população estimada em 70.000 pessoas. Neste nó rodoviário registam-se inúmeros acidentes de viação. Agrava a situação, o facto desta zona ser fortemente industrializada e por consequência, os acidentes de trabalho serem muito frequentes, pelo que muitas vezes é colocada em causa a capacidade da instituição. É um hospital com as valências de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Oftalmologia, Cardiologia e Fisiatria com um total de 110 camas, distribuídas da seguinte forma:

- Medicina 28,
- Cirurgia 22,
- Ortopedia 26,
- Pediatria 15,

- Cardiologia, Oftalmologia, e Fisiatria integram o serviço de Especialidades ao qual estão atribuídas 16 camas.

Conhecendo o problema de capacidade do hospital, com a agravante da adesão aos programas de combate às listas de espera, estes serviços têm vindo a sofrer grandes remodelações nos últimos tempos, principalmente os serviços cirúrgicos, pois, com o objectivo de incentivar a produtividade, promovido pelas novas políticas da administração pública, na última década, os sucedidos governos têm desenvolvido programas de combate às listas de espera, para o atendimento nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e em especial para cirurgia.

Em 1995, o Programa Específico de Resolução das Listas de Espera (PERLE) pretendia reduzir as listas de espera através do recurso ao sector privado. Em 1999, o Programa de Promoção do Acesso (PPA) visava a redução das listas de espera através dos serviços de cirurgia dos hospitais públicos que demonstrassem capacidade para tal, bem como através do recurso ao sector privado, quando os hospitais públicos não conseguissem resolver o problema. Por uma razão ou por outra, estes programas não atingiram totalmente os seus objectivos. Em 2002, foi aprovado o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), na resolução de Conselho de Ministros nº 100/ 2002, que propunha a realização de intervenções cirúrgicas através do recurso a entidades públicas, privadas ou sociais prestadoras de cuidados de saúde.

Segundo fontes do Ministério da Saúde, citadas por Ferreira (2004) este programa, com um horizonte temporal até Outubro de 2004, realizou até 15 de Abril do mesmo ano, 114.863 cirurgias, das 123.166 que pretendia realizar, o que corresponde a uma taxa de execução de 93,3%. Por outro lado, as restantes 8.303 cirurgias constantes da lista de espera de Junho de 2002 encontram-se em fase de resolução. Significa isto que a lista PECLEC será eliminada antes do inicialmente previsto. Parece evidente que se tratam de resultados francamente positivos, só possíveis com uma gestão eficaz do Programa e com o empenho e adesão dos profissionais de saúde, concretizado num aumento de produção do SNS.

A dinâmica das listas de espera, associada ao aumento das consultas hospitalares, resultante de uma maior eficiência do sistema hospitalar determinou que milhares de novas pessoas tivessem indicação cirúrgica, o que leva a que exista sempre uma lista de espera. No entanto, esta lista é diferente da anterior, uma vez que na antiga o tempo médio de

espera por uma cirurgia era de 5,5 anos, existindo nalgumas cirurgias doentes a aguardarem mais de 10 anos, enquanto que na actual lista o tempo médio de espera por uma cirurgia é de 8,7 meses (259 dias).

Findo o PECLEC, e sabendo que o problema das listas de espera não pode continuar a ser resolvido por programas de carácter conjuntural e excepcional que não constituem solução definitiva para o problema, foi recentemente lançado um programa contínuo de redução sustentada dos tempos de espera, com o objectivo de reduzir o tempo médio de espera e de controlar o tempo máximo de espera e não de minimizar o número de inscritos para cirurgia: o novo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que se prevê entrar em vigor em Outubro de 2005. Entra-se assim num novo estágio de resolução do problema, que só tem condições para ser posto em prática após o sucesso obtido com o PECLEC na redução das "infinitas" filas de espera.

O esforço do hospital em estudo neste sentido tem sido notório e superiormente reconhecido, pois logo com o PPA, conseguiu anular as listas de espera internas, e contribuir notoriamente para diminuir as mesmas a nível nacional, como podemos verificar no Quadro 1, em que, do ano de 2001 para 2002, se notou uma evolução significativa dos indicadores de produtividade. Verificamos que houve um aumento do número total de doentes tratados, diminuição na demora média e aumento da taxa de ocupação, o que representa bons indicadores de produtividade para um hospital distrital.

Quadro 1: Indicadores de produtividade

ANO	TOTAL DOENTES TRATADOS (Internamento)	DEMORA MÉDIA	TAXA de OCUPAÇÃO	DOENTES TRATADOS POR CAMA
2001	4805	6,03	73,06	43,29
2002	5250	5,78	74,61	47,30

Fonte: Boletim da Direcção de Enfermagem

Apesar do reconhecimento deste mérito, sentimos, como gestores dos serviços de enfermagem, a sobre-utilização dos recursos sem qualquer medida de controlo da qualidade, o que nos levou a colocar algumas interrogações. Até quando, este aumento da produtividade sem controlo da qualidade dos serviços prestados? Qual o nível de qualidade

desses mesmos serviços? Até que ponto a produtividade não está a pôr em causa a qualidade?

Com estas interrogações partimos para este trabalho. Quanto à produtividade não parece haver dificuldade em avaliar. Já relativamente à qualidade dos serviços prestados, não podemos dizer o mesmo, pois essa é a nossa dúvida. Será que a produtividade foi acompanhada pela qualidade dos serviços prestados?

Na cultura das nossas organizações de saúde, a problemática da qualidade é ainda muito difícil de definir, quer a nível da dimensão teórica, quer a nível da dimensão prática. A organização hospitalar assume esta problemática no contexto político do nosso país, em que os incentivos à produtividade sem medidas de controlo da qualidade podem criar alguns problemas nos serviços, pelo que o recurso a este tipo de investigação nos parece adequado.

Por outro lado, o aumento da competitividade, nas últimas décadas, obrigou as organizações a um contínuo aperfeiçoamento dos seus processos, produtos e serviços, visando oferecer alta qualidade com baixo custo e a querer assumir uma posição de liderança no mercado onde actuam, o que tem vindo a mudar a cultura das organizações.

Com a criação de Hospitais Sociedades Anónimas (Hospitais SA) para coordenar a estratégia de empresarialização dos hospitais públicos, na resolução de Conselho de Ministros nº 15/ 2003, estes têm que apresentar resultados que são comparados com os dos outros hospitais do sector público. Isto significa que a competitividade passou a ser preocupação também para o sector público, pois está permanentemente a ser avaliado o seu desempenho, e dele depende a carreira profissional dos gestores dos hospitais, uma vez que estes são nomeados pelos governos para desempenharem esses cargos.

Este processo de melhoria contínua obriga a uma avaliação de desempenho que nos últimos anos tem vindo a ganhar cada vez mais importância na gestão, quer a nível do sector privado, quer a nível do sector público. Essencialmente, pretende-se que, em termos organizacionais, essa avaliação conduza a uma melhoria e aperfeiçoamento inequívocos do que se está a avaliar. Sob o ponto de vista da estratégia organizacional, a avaliação de desempenho deve reflectir as intenções da organização, assumindo à partida a importância da necessidade de se compreender e explorar de forma equilibrada todas as relações possíveis entre medidas de avaliação de desempenho.

Por tudo isto, o tema escolhido foi “*Benchmarking das práticas de enfermagem num hospital*”, pois o *benchmarking* surgiu como uma necessidade de melhoria contínua que segundo Donnelly, *et al* (2000), “consiste no processo de comparar continuamente produtos, serviços e práticas de negócios com os dos concorrentes mais fortes” que, em muitas organizações, tem contribuído para melhorar a qualidade de produtos e serviços, reduzindo os custos.

Para a realização deste trabalho definimos os seguintes objectivos:

- Identificar as melhores práticas de enfermagem nos serviços de internamento de adultos,
- Identificar áreas para melhorias,
- Conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para adoptar essas práticas.

Deparámo-nos com algumas dificuldades. Umas relacionadas com a nossa in experiência neste tipo de trabalhos, outras com o tempo limitado de que dispusemos para a consecução do mesmo, outras ainda com as limitações da bibliografia encontrada sobre o assunto. Não obstante, vamos conjugar todos os esforços para dar o nosso contributo para o desenvolvimento desta temática no nosso país.

Neste contexto, elaborámos este trabalho, tendo por base as seguintes questões de investigação:

Como é que o *benchmarking* pode melhorar as práticas de enfermagem?

Quais os factores que influenciam a atitude dos enfermeiros que aplicam as melhores práticas?

Depois da tomada de decisão sobre o tema, o primeiro passo foi fazer o pedido de autorização ao conselho de administração para a elaboração do trabalho, bem como para a colheita de dados.

Na revisão bibliográfica, visámos encontrar a fundamentação teórica necessária para a análise que julgamos pertinente. Apesar de partirmos do princípio que o desenvolvimento do tema vai ser penalizado pela escassez de tempo, iremos no entanto, estabelecer o enfoque na parte nuclear do trabalho ou seja, *benchmarking*. Assim, expomos alguns conceitos, tipos, vantagens, etc e abordaremos, de seguida, a qualidade das práticas de enfermagem. Por fim, fazemos uma abordagem ao processo de acreditação em qualidade organizacional do *king's Fund Health Quality Service* mais concretamente no

Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, baseado nas normas do programa de “Auditoria Organizacional” do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) de Londres.

Apresentamos, de seguida, o enquadramento metodológico do estudo, a população e a amostra, os instrumentos de recolha dos dados e o método de tratamento da informação.

Como já referimos, o estudo foi realizado num hospital, recorrendo a uma amostragem por conveniência, constituída por enfermeiros de referência, que exercem funções nos diversos serviços de internamento de adultos desta instituição.

A realização de entrevistas semi-estruturadas permitiram-nos recolher narrativas das práticas de enfermagem, as quais se tornaram em informação inestimável para a realização da investigação, através da análise de conteúdo das mesmas.

De seguida, fazemos a apresentação e análise dos dados, seguindo pela ordem sequencial da admissão à saída do doente dos serviços de internamento, utilizando os domínios definidos no estudo e que passamos a apresentar:

- Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço;
- Representações sobre a avaliação das necessidades do utente internado no serviço;
- Representação sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente;
- Implementação de cuidados e tratamento;
- Avaliação de cuidados.
- Processo de saída/ alta de um serviço.

Passamos depois à discussão dos resultados e conclusões, pela mesma ordem, para facilitar a associação de ideias, onde nos referimos aos aspectos mais relevantes em termos de resultados da pesquisa.

Terminamos o trabalho com a conclusão onde referimos os contributos e limitações do estudo, recomendações e ainda algumas sugestões para futuras investigações.

1. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E O PROCESSO DE *BENCHMARKING*

A avaliação de desempenho, nos últimos anos, tem vindo a ganhar cada vez mais importância na gestão de qualquer organização, quer a nível do sector privado, quer a nível do sector público, pois a competitividade exige mudança da cultura organizacional. As organizações perceberam que, para além da produtividade, interessa a qualidade que pressupõe melhoria contínua e que esta só pode ser conseguida através da avaliação do desempenho.

Do ponto de vista da estratégia organizacional, a avaliação de desempenho deve reflectir as intenções da organização, assumindo-se com crescente importância a necessidade de se compreenderem e explorarem de forma equilibrada todas as relações possíveis entre medidas de avaliação de desempenho.

Para fazer a avaliação do desempenho, as organizações devem, antes de mais, saber os objectivos da avaliação e depois interrogar-se sobre os sistemas que dispõem para atingir esses objectivos.

Johnston e Clark (2001) referem que a avaliação de desempenho numa organização tem quatro objectivos: **comunicar** aos colaboradores a importância do que se está a avaliar; **motivar** a equipa de trabalho que, influenciada nos seus comportamentos, se empenha, de modo a **controlar** os processos, permitindo assim, **melhorar** a qualidade nas organizações.

Uma vez definidos os objectivos para cada medida ou conjunto de medidas de avaliação de desempenho, existem, ao nível da gestão, sistemas e procedimentos que os permitem alcançar. Nesta perspectiva, é fundamental seleccionar um número restrito de medidas chave.

As medidas de avaliação de desempenho, classificadas em financeiras, externas, operacionais e de desenvolvimento, podem ter abordagens muito diversificadas, que vão desde a estrutura de avaliação de desempenho mais tradicional, focada em medidas financeiras, até abordagens mais recentes, em que se pretende um equilíbrio e uma interligação de medidas, como por exemplo, o *Balanced Scorecard*.

Os gestores mais novos tendem a estar mais preocupados com as medidas de

desempenho financeiro tal como o preço das acções, retorno do capital investido, custos e lucros. As medidas operacionais, como por exemplo, velocidade, produtividade, utilização de equipamento e absentismo de funcionários são mais da responsabilidade dos gestores intermédios, tais como, chefes de secção ou de serviço. No centro da organização, esses gestores devem conciliar as medidas operacionais com as financeiras. Pressões adicionais surgem das medidas externas e das necessidades de desenvolvimento. Como exemplos de medidas externas apresentamos a participação de mercado, clientes perdidos e satisfação do cliente. As necessidades de desenvolvimento de uma organização para aprender, mudar e desenvolver, prendem-se com o treino, a investigação, a comunicação e identificação de problemas, bem com da apresentação de soluções para os mesmos.

Frequentemente, as medidas externas e medidas de desempenho entram em desequilíbrio pelo que são desenvolvidos modelos para ajudar os gestores a ultrapassar essas dificuldades. O modelo resultados-determinantes identifica que essas pressões são de dois tipos diferentes: os determinantes ou seja as causas e os resultados ou seja os efeitos. É pouco útil impulsionar uma organização apenas para saber quais são os resultados, os efeitos (dados financeiros e dados externos) se não houver meios de saber a sua causa. Impulsionar uma organização apenas pelos determinantes (dados operacionais e dados de desenvolvimento), também não leva ao entendimento dos resultados das acções tomadas. Segundo Johnston e Clark (2001), parece haver benefício para as organizações que, de forma equilibrada utilizam um sistema de interligação entre as várias medidas de desempenho.

Para cada medida de desempenho, é necessário compreender a tendência ao longo do tempo, entre o objectivo definido e o desempenho alcançado; identificar os dados de suporte e análise; conhecer as causas dos problemas; decidir o tipo de acção a tomar, identificando-se o responsável; definir o prazo e a forma de execução. Por último deve realizar-se uma reflexão sobre o tipo de avaliação realizada.

Apesar da possibilidade da existência de medidas de avaliação de desempenho sem objectivos associados, Berry (1995), citado em Johnston e Clark (2001) salienta que: *“There is evidence to suggests that performance improves when clear, defined, quantitative targets are provided”*.

Considerando a existência de três tipos de objectivos ao nível da comparação de desempenho, de ordem interna, externa e absolutos importará salientar, relativamente a

cada um deles, as principais características, já que essa compreensão estará na base do *benchmarking*, enquanto objecto do nosso estudo.

Os objectivos de ordem interna são baseados no desempenho passado da mesma organização, para obter melhorias graduais nos processos. Só informa se a operação está a ficar melhor ou pior, não revela o nível do desempenho. Pode fazer-se com base noutros processos similares encorajando, assim, a comparação entre processos, a partilha de melhores práticas e o posicionamento relativo de cada processo. Os objectivos externos baseiam-se na comparação com outras organizações, usando os concorrentes, os melhores no sector, ou os clientes. Os objectivos absolutos são os que não admitem falhas nos processos, como é o caso dos serviços de saúde. Por exemplo, é inaceitável uma avaria numa máquina que sustenta a vida.

A compreensão das principais características dos diferentes tipos de objectivos utilizados na comparação do desempenho é a base do *benchmarking*, que não é mais do que a medição de um processo ou de uma organização relativamente a uma meta ou seja um objectivo, seja ele de ordem interna ou externa.

A vantagem do *benchmarking*, relativamente ao simples estabelecimento de objectivos, é que os gestores podem ganhar uma visão do modo, como o nível de desempenho desejado está a ser atingido noutras organizações.

Para Pinto (2001), *benchmarking* é um termo que surgiu para designar “*um processo sistemático e contínuo de avaliação*” que a partir da década de oitenta se tem vindo a desenvolver como “*um método cada vez mais usado pelas empresas que procuram aumentar e melhorar o seu desempenho no mercado.*” Carvalho (2001).

Segundo a *International Benchmarking Clearinghouse* (IBC), citado por Carvalho (2001), “*benchmarking é um processo sistemático e contínuo de medição. Um processo contínuo de comparar e medir processos de negócio de uma organização com aqueles de organizações líderes em qualquer parte do mundo, com o objectivo de obter informação, que irá ajudar a organização a implementar acções para melhorar a sua performance*”.

Essencialmente aplicado na área da informática, o termo *benchmarking* aparece muito associado ao processo de melhoria e aperfeiçoamento das operações industriais da *Xerox Corporation*, (Patterson, 1998; Carvalho, 2001 e Pinto, 2001) existindo mesmo um modelo de *benchmarking* que lhe é associado: o “*Xerox’s ten-step approach*” (Appleby, 1999).

Segundo Pinto (2001), as experiências de *benchmarking* realizadas pela Xerox, relacionadas com a identificação de novos processos dos concorrentes, dos novos componentes de fabrico e dos custos de produção permitiram, aliadas à participação dos empregados, melhorar a qualidade em todos os produtos e processos. O êxito desta metodologia rapidamente se estendeu a outras organizações em diversos países, quer a nível do sector privado, quer a nível do sector público.

Lundvall (2000) cita Bogan e English (1995), como responsáveis por uma definição que, segundo ele, é das primeiras a surgir acerca do *benchmarking*, sendo frequentemente referida na literatura de gestão e que passamos a transcrever:

“Benchmarking is a systematic observation of organizational routines and the comparison of performance with superior units at the levels of resource use efficiency and effectiveness (inputs and outputs).”

A falta de uma única definição de *benchmarking* pode, em parte, ser explicada pelo seu carácter recente enquanto técnica, bem como pelo facto de os mais diversos autores postularem tipos diferentes de *benchmarking*, (Appleby, 1999) ou ainda, pelo facto de muitas organizações criarem a sua própria definição de *benchmarking*, de acordo com os objectivos e estratégias desenvolvidas para a sua concretização.

O conceito de *benchmarking* deve ser o mais abrangente possível de forma a não excluir quaisquer possibilidades de desenvolvimento. Neste sentido, a *European Benchmarking Network* (EBN) aponta como referência as definições da página web do *Public Sector Benchmarking Service* que referem:

“Benchmarking is a fundamental part of developing modern public services. It enables organisations to share knowledge and learn from the best. Benchmarking has already led to significant improvements in cost and quality of services in many areas of the public sector. It is an effective tool for bringing about collaborative approaches to resolving common problems.”

Muitas definições de organizações tailoristas sobre *benchmarking* incluem estratégias e objectivos, tal como a definição do código europeu de condução de *benchmarking* que refere: *“Benchmarking is simply about making comparisons with other organisations and then learning the lessons that those comparisons throw up”*

Consultando a referida página web deparamos com algumas definições de *benchmarking* que, em nossa opinião, concretizam claramente esta posição europeia.

Desde a sua forma mais simples, tal como: *"Improving ourselves by learning from others"* até à definição que tem como fonte a Xerox, *"Benchmarking is the continuous process of measuring products, services and practices against the toughest competitors or those companies recognised as industry leaders (best in class)"*. A informação disponibilizada refere ainda que fazer *benchmarking* envolve conceitos como aprendizagem, partilha de informação e adopção de boas práticas que permitirão introduzir melhorias ao nível do desempenho.

Qualquer abordagem de *benchmarking* deve ter em conta essencialmente o contexto específico de intervenção e o tipo de técnicas a aplicar, que podem variar de forma considerável *"de acordo com a natureza das organizações, as estratégias desenvolvidas para a mudança e os objectivos específicos de cada projecto"* (Pinto 2001).

Mais do que seleccionar várias definições de *benchmarking* importará compreender de que forma este processo sistemático de avaliação pode ser desenvolvido numa organização.

1.1. O PROCESSO DE *BENCHMARKING*

Como qualquer processo sistemático, o processo de *benchmarking* é desenvolvido por fases que devem ter sequência lógica, para que a organização consiga atingir os seus objectivos. Em cada fase devem ser respeitados determinados passos e procedimentos.

O número de passos não está padronizado, podendo cada organização variar na sua quantidade. No entanto, há passos que são considerados fundamentais para o desenvolvimento do processo. O modelo proposto pela IBC é baseado no ciclo de Deming, personalidade considerada por Ellis (2000) como uma figura reputada internacionalmente em melhoria de qualidade, que considera o processo como um ciclo que contém quatro passos: planejar, fazer, controlar e agir que correspondem, respectivamente, à fase de planeamento, recolha de dados, análise dos dados e adaptação de melhorias.

Fase de Planeamento

Esta é a fase em que a organização deve decidir qual o estudo que quer desenvolver, pois um plano deve ser uma declaração de intenção.

Para início de processo, a organização deve definir objectivos, identificar a área crítica sujeita a *benchmarking* para, de seguida, fazer um planeamento adequado incluindo a escolha da tipologia de *benchmarking* aplicável. Deve haver um compromisso por parte da “gestão de topo”, pois vão ser precisos recursos humanos (criação de um grupo de trabalho) e financeiros, bem como, o envolvimento activo dos mesmos, pois só assim o estudo pode ter sucesso. Requer, também, que se faça uma pesquisa prévia para compreensão do processo, bem como a definição das melhorias a implementar que mais impactos tenham para a organização, tendo em vista a satisfação do cliente.

Fase de recolha de dados

A recolha de dados implica, antes de tudo, a escolha do método que vamos utilizar para colher os dados; depois, o desenvolvimento de uma ferramenta consistente que nos garanta que os dados recolhidos traduzem realidades que sejam comparáveis.

Na fase de recolha de dados deve ser definido o objecto do estudo para, seguidamente, fazer a colheita de informação que deve ter as mais variadas fontes, para que se possam confrontar, de modo que a veracidade dos dados não seja colocada em causa.

Análise de dados

A análise dos dados permite elaborar um relatório dos resultados, definir os pontos de referência, determinar os dados comparáveis com esses pontos, determinar o nível de desempenho da organização e perspectivar os desempenhos futuros.

Nesta fase de análise, comparam-se os dados obtidos no estudo com o desempenho da organização. Para que a análise seja conclusiva deve haver uma correcta gestão da informação, sendo trabalhados apenas os dados que possam ser comparados com as melhores práticas. Os dados que não possam ser submetidos a tratamento estatístico, como é o caso dos dados qualitativos, devem ter uma gestão ainda mais criteriosa, dado que comportam um grau mais elevado de subjectividade.

Na análise dos dados, os pontos de referência são as referências de nível ou seja são

os objectivos contra os quais o desempenho pode ser medido. O estabelecimento de níveis é então a medição de um processo ou de uma organização contra algum objectivo, quer este seja interno (estabelecimento interno de níveis) quer seja externo (estabelecimento externo de níveis).

Segundo Ellis (2000), sendo identificados pontos de referência, quanto mais elevado for o conhecimento do especialista e o nível de evidência na qual um ponto de referência é baseado, melhores resultados terá a aplicação do processo de *benchmarking* à prática clínica, pois pode-se atingir um nível superior de qualidade das práticas.

Adaptação e melhoria

A adaptação implica escolha e implementação organizacional e ainda treino dos funcionários nas práticas com os assuntos que emergiram da investigação.

Após a análise dos dados, a organização deve quantificar as diferenças do desempenho, certificar-se que estão a ser comparados processos iguais, e que os indicadores escolhidos são similares aos do parceiro.

Por fim, as organizações devem melhorar continuamente os processos, começando pelos que contribuem para a satisfação dos seus clientes. Esta fase deve coincidir temporalmente com aquilo que foi previamente definido nos objectivos, para que não se verifique desmotivação dos participantes no processo.

Como este é um processo contínuo de melhoria da qualidade, justifica-se que depois das adaptações, sejam afixados, divulgados e justificados novos padrões de desempenho esperado. Por outro lado, devem ser monitorizadas as falhas detectadas, disponibilizados recursos para que os colaboradores possam desenvolver novos estudos que sejam pertinentes e designar um responsável por elaborar planos de acção e monitorizar processos. A organização deve questionar-se continuamente sobre a pertinência do processo de *benchmarking*.

1.1.1. Tipos de *benchmarking*

Quando discriminamos os tipos de objectivos, referimos que estes estão na base da compreensão do processo de *benchmarking*, pois o tipo de *benchmarking* depende

essencialmente do tipo de objectivos definidos. Assim, Johnston e Clark (2001) consideram que, no que respeita às referências de ordem interna, que representam a base do *benchmarking* interno, a comparação ao nível do desempenho pode ser realizada tendo em conta o mesmo processo, em diferentes épocas ou processos internos similares. Tendo como base o processo, a sua principal vantagem é a de permitir a introdução de aperfeiçoamentos graduais e progressivos. A principal desvantagem no uso do próprio processo centra-se no facto de que a informação obtida apenas revela a evolução positiva deste, sem que se perceba se o seu nível de desempenho é satisfatório.

No que concerne ao *benchmarking* externo, existem três possibilidades de comparação: focalizada nos clientes; focalizada na concorrência (através de objectivos de desempenho relativos a processos similares desenvolvidos em organizações do mesmo ramo de actividade); focalizada em organizações que são consideradas as melhores da sua área, independentemente de exercerem a mesma actividade, e cujo desempenho ao nível dos processos pode servir de referência.

No entanto, existem vários tipos de taxionomias para classificar as práticas de *benchmarking*. Appleby (1999) considera quatro tipos de práticas como primeira taxionomia do *benchmarking* sendo, também, esta a adoptada por Pinto (2001) e Carvalho (2001) e é aquela que é utilizada pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ):

- *Benchmarking* interno;
- *Benchmarking* competitivo;
- *Benchmarking* funcional;
- *Benchmarking* genérico.

***Benchmarking* interno** significa que vamos comparar os processos de diferentes serviços, dentro da mesma organização. Aqui temos a vantagem de ser mais fácil de implementar, uma vez que a gestão de topo é a mesma e as parcerias em princípio são mais fáceis de obter; os custos também são mais baixos bem como o tempo dispendido para o efeito. Mas tem uma grande desvantagem, que é o facto de a comparação ser efectuada dentro do mesmo padrão de actuação.

Benchmarking interno, segundo Sargiacomo (2002), aplica-se facilmente a grupos característicos de uma organização divisional ou organização de matriz, que está

geograficamente descentralizada. Compara acções, caminhos e metodologias usadas nas funções dentro das instituições. As possibilidades de aplicação deste tipo de *benchmarking* em unidades de saúde parecem ilimitadas porque a estrutura deste tipo de serviço é muito receptiva a este tipo de metodologia. Pode ser feito em serviços homogéneos, dentro do mesmo hospital, nomeadamente em serviços da mesma especialidade, como Cirurgia I e Cirurgia II, Medicina I e Medicina II, ou Diálise I e Diálise II.

No ***benchmarking competitivo***, a que Patterson (1998) chamou de concorrencial, vamos comparar organizações que actuam dentro do mesmo mercado, ou seja, que desenvolvem o mesmo negócio. Isto implica fazer comparações específicas entre dois concorrentes, típicas de um produto ou processo chave, o que pode ser um problema se o parceiro não for bem escolhido, pois pode propositadamente induzir o outro em erro. Mas se o processo for bem conduzido, podemos obter benefícios para ambas as organizações. Este tipo de *benchmarking* tem por finalidade obter vantagem competitiva, aproveitando uma comparação da própria organização com outras semelhantes, além de ser mais rápido e mais barato do que os outros, com excepção do interno. No entanto, pode ser difícil de concretizar se o parceiro não for cooperante. Uma maneira de ultrapassar esta incerteza, é certificar-se que não está a ser iludido e para isso pode utilizar informações sobre a concorrência, fundamentada em dados que já são públicos, como por exemplo: Internet, jornais e revistas, associações, entrevistas, etc.

Benchmarking funcional, como o próprio nome indica, é focalizado na função, em processos similares específicos, dentro do mesmo sector de actividade. Este tipo de *benchmarking* não é tão utilizado porque leva mais tempo a implementar, logo, fica mais caro. Por outro lado, pode trazer grandes benefícios, porque estamos a comparar operações de organizações que não são concorrentes directas, o que pode permitir ultrapassar a sua concorrência. O objectivo principal do *benchmarking* funcional é a comparação de processos ou negócios que apresentam alguma afinidade, mesmo quando relacionados com outros sectores.

Benchmarking genérico abrange todos os processos da organização que podem ser facilmente encontrados nas outras empresas. Procura identificar e transferir melhores práticas inovadoras de um sector industrial para outro.

Este tipo de *benchmarking* leva mais tempo a preparar e a implementar, porque os parceiros identificados muitas vezes não colaboram. Tem outras desvantagens, tais como:

ser bastante dispendioso para as organizações e comportar altos riscos de adaptação da informação, uma vez que os dados recolhidos sugerem mudanças significativas na administração e nas operações. Apesar disto, tem a grande vantagem de melhorar significativamente os processos-chave.

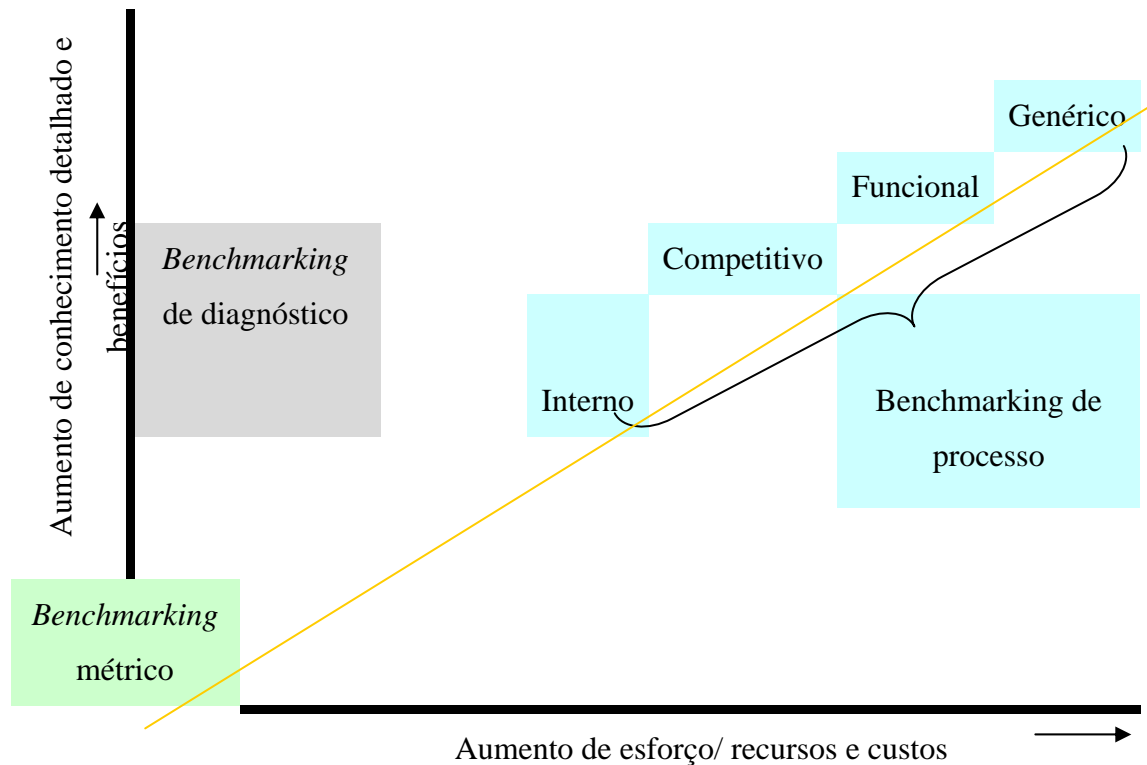
Friedewald, citado por Appleby (1999), identifica a existência de algumas taxionomias adoptadas por outros autores. A este nível desenvolveu uma nova abordagem que engloba as diversas tipologias de *benchmarking* identificadas na literatura especializada, que designou por “*benchmarking* de grupo”.

Appleby (1999) considera que existe alguma confusão quando se faz referência aos diversos tipos de *benchmarking*, referindo-se à complementaridade dos trabalhos desenvolvidos por Camp (1989) e Friedewald (1998). Appleby (1999) apresenta em diagrama (Figura 1) as diferentes abordagens que, observadas numa perspectiva de continuidade, permitem compreender a forma como estas se relacionam. O esquema assenta essencialmente em três grandes momentos e engloba o já referido grupo de práticas básicas de *benchmarking*, que, de forma sucinta, passamos a apresentar:

1. **Benchmarking métrico:** a métrica é utilizada como indicador de desempenho entre medidas comparativas, quer a nível interno ou externo.
2. **Benchmarking de diagnóstico:** pesquisa em termos de desempenho organizacional realizada através da aplicação de questionário a equipas multidisciplinares em diversas organizações.
3. **Benchmarking de processo:** a comparação é focada em processos chave de negócio. Pode ser concretizado sob várias formas:
 - **Benchmarking interno** que promove comparações de processos em diferentes departamentos ou funções dentro da mesma organização;
 - **Benchmarking competitivo** que procura identificar lacunas ao nível da prática do desempenho entre concorrentes directos;
 - **Benchmarking funcional** em que as comparações são realizadas com organizações do mesmo sector, usando processos similares;
 - **Benchmarking genérico** que procura identificar e transferir melhores práticas inovadoras de um sector industrial para outro;
 - **Benchmarking de grupo** onde organizações de vários sectores se juntam para comparar alguns processos de interesse comum.

O âmbito de desenvolvimento de projectos de *benchmarking* pode, ainda, ser nacional ou internacional, conforme se tratem de parcerias entre organizações do mesmo país ou entre organizações de diferentes países.

Figura 1: Posicionamento dos vários tipos de *benchmarking*



Fonte: Adaptado de Appleby (1999).

1.1.2. Domínios de intervenção

Benchmarking é um processo contínuo de comparação de produtos, processos, práticas, filosofias, políticas e desempenho, que se desenvolve entre organizações que sejam consideradas qualitativamente melhores, de modo a podermos identificar “o melhor dos melhores”. Este processo tem que ser adaptado à organização onde se pretende implementar, para se conseguirem vantagens competitivas e um desempenho superior. As organizações que estimulam este tipo de prática procuram a inovação e a aprendizagem de todos os funcionários e dão-lhes feedback dos resultados encontrados, para possibilitar um ciclo de melhoria da qualidade e desenvolvimento contínuo.

Desde 1975 usado na indústria, só em 1996 foi implementado na administração pública em Inglaterra e só em 2000 apareceram os primeiros estudos em Inglaterra na área da saúde mas em formatos ligeiramente diferentes. Nesta área *benchmarking* é considerado por Ellis (2002), como um processo no qual os profissionais de saúde comparam e medem as próprias práticas, processos, filosofias, políticas e desempenho com áreas de alta qualidade e desempenho e tem sempre por base os seguintes objectivos:

- Estabelecer o que faz uma diferença, do ponto de vista do paciente;
- Fixar padrões, de acordo com a melhor prática;
- Descobrir como as melhores instituições satisfazem estes padrões de qualidade;
- Aplicar a experiência com as suas próprias ideias e de outros, para atingir novos padrões, excedendo-os se possível.

Para atingir estes objectivos, o processo de *benchmarking* tem que obedecer, segundo Carvalho (2001), a alguns princípios básicos, tais como:

- **Reciprocidade** - A troca de informações deve ser mútua, ou seja cada parceiro deve dar o que tem de melhor, para ambos poderem beneficiar.
- **Analogia** - Deve haver o cuidado de se escolherem organizações ou serviços com processos semelhantes.
- **Medição** - Os indicadores escolhidos para aplicar o processo devem ser mensuráveis, não basta fazer a comparação do desempenho global, é necessário conhecer muito bem os processos, para escolher indicadores que possam ser medidos. Têm que se conhecer as razões que levaram a dizer que os resultados escolhidos eram efectivamente os melhores.
- **Validação** - Os dados recolhidos devem ser submetidos a tratamento estatístico e analisados pelos gestores do processo tendo em conta a realidade interna da organização ou serviço. Quando se trata de investigação qualitativa os dados não podem ser submetidos a tratamento estatístico.

Considerando estes princípios, podemos dizer que os domínios de aplicação do processo de *benchmarking* são imensos, pois o seu objecto de aplicação pode ser considerado como qualquer actividade que possa ser comparada. Podemos, no entanto, dividir este processo em dois níveis de aplicação: um estratégico e outro operacional.

Do ponto de vista da estratégia organizacional, a avaliação de desempenho deve reflectir as intenções da organização, assumindo-se com crescente importância a

necessidade de se compreenderem e explorarem de forma equilibrada todas as relações possíveis entre medidas de avaliação de desempenho.

Segundo Carvalho (2001), ao nível estratégico, poderemos considerar como objecto de estudo as decisões estratégicas de gestão, ou seja, os órgãos de gestão querem saber o tipo de investimento que vão fazer, que actividades desenvolver. Para isso, terão que usar como indicadores, o número e tipo de cirurgias, número de consultas, os salários dos funcionários, a satisfação dos clientes, etc.

Ao nível operacional, temos que utilizar como objecto de estudo as diferentes funções da organização, investigando se o seu desempenho mantém um elevado nível de satisfação dos clientes. Aqui teremos que utilizar como indicadores: taxa de ocupação do serviço, o custo de cada cirurgia, demora média em lista de espera, custo da qualidade, etc.

Independentemente do domínio de intervenção, o processo de *benchmarking* pode trazer grandes benefícios para qualquer organização.

1.1.3. Vantagens e potenciais problemas do *benchmarking*

As vantagens do *benchmarking* são inúmeras, e complementam-se mediante o sector onde o *benchmarking* se aplica, pelo que vamos apresentá-las segundo vários autores. Assim, segundo Brilman (2000) o processo de *benchmarking* “permite:

- Formular objectivos ambiciosos,
- Acelerar o ritmo de mudança,
- Identificar processos que permitem as rupturas,
- Aumentar a satisfação do cliente e as vantagens competitivas,
- Conhecer melhor os seus frutos e fraquezas através da auto-avaliação,
- Criar um clima baseado nos factos, gerador de consensos,
- Aumentar a capacidade de utilizar medidas para gerir.

No conjunto, criar valor.”

A página web da *UK Public Sector Benchmarking Service* anteriormente citada, refere que o sucesso do *benchmarking* relativamente ao desempenho é uma ponte para a

melhoria, resulta em benefícios tangíveis significativos que precisavam melhorar no sector público, tais como:

- Promoção da mudança no desempenho e na inovação,
- Melhoria da qualidade e produtividade, e
- Melhoria ao nível do desempenho.

Ainda, segundo a mesma página da web, o *benchmarking* pode também ter benefícios em aspectos que precisam de melhoria contínua, tais como:

- *“raised awareness about performance and greater openness about relative strengths and weaknesses;*
- *learning from others and greater confidence in developing and applying new approaches;*
- *greater involvement and motivation of staff in change programmes;*
- *increase in willingness to share solutions to common problems and build consensus about what is needed to accommodate changes;*
- *better understanding of the ‘big picture’ and gaining a broader perspective of the interplay of the factors (or enablers) that facilitate the implementation of good practice; and*
- *increasing collaboration and understanding of the interactions within and between organisations.”*

Genericamente, num projecto bem sucedido de *benchmarking*, as vantagens para a organização são significativas e aparecem ligadas sobretudo aos resultados, nomeadamente, no que respeita à satisfação do cliente, à inovação organizacional, à relação qualidade/ produtividade, assim como, ao nível da própria avaliação de desempenho organizacional.

Patterson (1999) vai mais longe, concretizando as vantagens da aplicação de um projecto de *benchmarking* através da identificação de doze áreas de intervenção: satisfação das exigências do cliente; adaptação aos melhores métodos; maior competitividade; estabelecimento de objectivos relevantes, realísticos e atingíveis; desenvolvimento de medidas específicas ao nível da produtividade; criação de apoio e estímulo para uma mudança cultural interna; estabelecimento e aperfeiçoamento de estratégias; aviso de falha; compreensão da eficácia do programa de qualidade; reestruturação; promoção de melhores soluções para a resolução de problemas; estimulação da formação e inovação.

Ao nível dos possíveis problemas, Carvalho (2001), Pinto (2001) e o *Public Sector Benchmarking Service* identificam aspectos que se complementam e que se prendem, essencialmente, com o nível de operacionalização do projecto, nomeadamente no que respeita às questões ligadas à ética e à metodologia de intervenção adoptada face aos objectivos seleccionados.

Segundo Pinto (2001) foram elaborados dois códigos de ética, o da *European Foundation for Quality Management (EFQM)* e o da *American Productivity and Quality Center (APQC)*, que estabelecem as linhas de orientação para as actividades de *benchmarking*, com o objectivo de evitar eventuais disputas legais e clarificar os procedimentos relativos à troca de dados e informação, na Europa e nos EUA, respectivamente.

Assim, podemos considerar que a principal desvantagem de um projecto de *benchmarking* é o facto de qualquer falha na sua aplicação poder questionar o sucesso dos resultados obtidos. Se a este nível, considerarmos o rácio custo-benefício do desenvolvimento de um projecto que não apresenta resultados positivos, facilmente se deduz que tal facto representará a vários níveis graves prejuízos para a organização.

1.1.4. Benchmarking no sector público

Segundo Pinto (2001), o processo de *benchmarking* é muito popular nos Estados Unidos da América atingindo na Europa um menor grau de desenvolvimento. Por exemplo, no Reino Unido o projecto de *benchmarking* para o sector público é relativamente recente, tendo sido iniciado em Abril de 1996.

Em termos de política europeia da qualidade e, nomeadamente, ao nível do sector público, existe já uma rede europeia de *benchmarking*: *European Benchmarking Network (EBN)* que, enquanto rede de contactos entre os países membros, se assume como suporte privilegiado ao nível de projectos europeus de *benchmarking*. A EBN oferece acesso à informação acerca de várias técnicas, ideias, boas práticas e estudos de caso e informação acerca de propostas de formação. Para além desta informação que está disponível no seu *website*, os interessados em projectos de *benchmarking* no sector público podem, numa primeira fase, contactar via telefone ou correio electrónico o seu correspondente nacional, podendo a partir daí, iniciar uma rede de contactos nacionais.

Em Portugal, segundo Pinto (2001), existem já organizações a desenvolver projectos de *benchmarking*, nomeadamente ao nível do sector privado. Ao nível do sector público não existe muita divulgação desta técnica de gestão, apesar de se realizarem em Portugal iniciativas com vista a dar a conhecer o que se tem feito nesta área. São de referir, entre outras: o “*1º Benchmarking sobre Qualidade em Serviços Públicos*”, (Silva 1998), cujo objectivo se prendia com a divulgação e partilha de projectos de melhores práticas, bem como promover a qualidade nos serviços públicos mediante a atribuição de Prémios da Qualidade.

Silva (1998) refere que “*foi através do benchmarking que Portugal introduziu na modernização administrativa, programas de qualidade, desde 1992, preocupação essa que hoje continua viva e à qual se pretende dar maior dinamismo e convicção, cientes que uma Administração Pública sem qualidade, presta mau serviço ao País, aos Cidadãos e aos agentes Económicos e condena Portugal a um atraso inquestionável.*”

Com a publicação do Decreto-Lei nº135/99 de 22 de Abril, são definidos os princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua actuação face ao cidadão. Ao estabelecer um conjunto de medidas de modernização administrativa neste domínio (art. 1.º), o referido diploma aponta para o reforço das relações de aproximação da Administração à sociedade, ou seja ao cidadão (art. 2.º). A necessidade de rever e aperfeiçoar os sistemas internos de gestão, bem como melhorar a qualidade dos serviços prestados, é assumida no diploma como factor essencial no desenvolvimento de uma cultura de serviço público focada no cidadão, cultura essa que se promove através de uma gestão eficaz pautada pela eficácia, eficiência e qualidade da Administração.

Neste sentido, as medidas estabelecidas neste decreto-lei, segundo Pinto (2001), “*podem ser entendidas como factores críticos de sucesso da Administração Pública*”, a partir dos quais se poderão “*identificar as alterações a efectuar e as melhorias a implementar*” num processo de *benchmarking*.

Nesta perspectiva, no Quadro 2 estão sintetizados os principais aspectos relacionados com as referidas medidas.

Quadro 2: Medidas de Modernização Administrativa

Acolhimento e atendimento aos cidadãos	<ul style="list-style-type: none"> * Horários de atendimento * Acolhimento e atendimento * Prestação imediata de serviços * Prioridades no atendimento
Comunicação administrativa	<ul style="list-style-type: none"> * Linhas de atendimento telefónico * Encaminhamento de utentes e correspondência * Formalidades administrativas * Suportes de comunicação administrativa * Pedido de documentos * Recepção de documentos * Comunicações escritas na Administração * Identificação dos intervenientes nos processos administrativos * Comunicações com os serviços públicos * Comunicações informáticas * Correio electrónico
Simplificação de procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> * Delegação e subdelegação de competências * Meios automáticos de pagamento * Dispensa do reconhecimento de assinatura * Dispensa dos originais dos documentos * Atestados emitidos pelas juntas de freguesia * Atestados médicos
Mecanismos de audição e participação	<ul style="list-style-type: none"> * Sugestões dos utentes * Sugestões dos funcionários * Reclamações * Obrigatoriedade de resposta
Instrumentos de apoio à gestão	<ul style="list-style-type: none"> * Plano e relatório de actividades * Balanço social * Relatório da modernização administrativa * Observatório da modernização administrativa * Qualidade em serviços públicos * Papel inovador dos dirigentes * Programas de receptividade ao utente
Divulgação de informação administrativa	<ul style="list-style-type: none"> * Sistema interdepartamental de informação administrativa * Meios de divulgação multimédia * Apontador universal

A existência de uma aparente multiplicidade de modelos para fazer *benchmarking* sugere que possa surgir alguma confusão. Na prática, independentemente do tipo de *benchmarking* utilizado, um projecto de *benchmarking* pode assumir normalmente quatro sequências: Planeamento, recolha de dados e informação, análise de resultados e

implementação, (Appleby, 1999; Carvalho, 2001; Patterson, 1998; Wisniewski, 2001). Segundo outros autores, as sequências são cinco: Planeamento, recolha de dados e informação, análise de resultados, implementação e monitorização (revisão) (Pinto, 2001; Public Sector Benchmarking Service).

As etapas e os passos a encetar no processo de *benchmarking*, podem ser adaptados à estratégia de intervenção da organização que pode variar por se encontrar dependente de factores como o tipo de *benchmarking*, seus objectivos e alcance, abordagem e metodologia utilizadas, disponibilidade de tempo, recursos e nível de experiência dos envolvidos.

Para este estudo, vamos considerar a abordagem apresentada na página web do Public Sector Benchmarking Service, por nos parecer a mais rica em termos de conteúdo prático. Na nossa opinião, para um primeiro contacto com o *benchmarking*, esta perspectiva é bastante abrangente, já que nos indica os principais passos a realizar, bem como do suporte em termos de produção escrita que lhe está associado.

Nesta perspectiva, no Quadro 3, pretendemos sintetizar os principais aspectos relacionados com o projecto de *benchmarking*.

Quadro 3: Projecto de *benchmarking*

FASES E ACÇÕES A DESENVOLVER	PRODUÇÃO ESCRITA
<p>PLANEAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a área a ser revista; • Definir objectivos para o estudo e critérios a usar para alcançar o sucesso; • Seleccionar a abordagem e tipo de <i>benchmarking</i>; • Identificar potenciais parceiros; • Realizar um plano dos projectos; • Desenvolver uma estratégia de comunicação; • Atribuir recursos e designar equipa de projecto; • Procurar aprovação, compromisso e apoio por parte dos gestores de topo. 	<p>Documento sobre início dos projectos: planeamento das acções a empreender delimitando-se o âmbito de actuação do <i>benchmarking</i>.</p> <p>Comunicação de estratégias.</p> <p>Apresentação aos gestores de topo e pessoal.</p>

Quadro 3: Projecto de *benchmarking* (continuação)

FASES E ACÇÕES A DESENVOLVER	PRODUÇÃO ESCRITA
<p>RECOLHA DE DADOS E INFORMAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compilar informação e dados sobre desempenho (pode incluir mapeamento de processos); • Seleccionar e contactar parceiros; • Desenvolver com os parceiros um entendimento mútuo sobre procedimentos a seguir; • Preparar questões, acertar terminologia e medidas de desempenho a utilizar; • Distribuir a agenda de questões a cada um dos parceiros; • Garantir a recolha de dados e informação escolhendo o método: entrevistas, visitas, utilização de telefone, fax e e-mail; • Desenvolver programa de visitas acordando os seus objectivos; • Comparar resultados para permitir a análise. 	<p>Mapas de processo;</p> <p>Protocolo que defina regras e âmbito de actuação;</p> <p>Inventário de questões;</p> <p>Programa das visitas;</p> <p>Sumários dos resultados e da observação das visitas;</p> <p>Lista de resultados – folhas de cálculo ou bases de dados.</p>
<p>ANÁLISE DE RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rever os resultados e produzir tabelas, cartas e gráficos que suportem a análise; • Identificar as boas práticas das organizações com melhor desempenho e os desfasamentos existentes; • Analisar os desfasamentos de desempenho; • Garantir que as comparações são significativas e credíveis; • Comunicar os resultados conforme o reforçado nas comunicações de estratégia desenvolvidas no início do projecto; • Identificar oportunidades realistas para melhoramento. 	<p>Sumários dos resultados;</p> <p>Tabelas, cartas, gráficos e diagramas;</p> <p>Lista de oportunidades para melhoramento.</p>

Quadro 3: Projecto de *benchmarking* (continuação)

FASES E ACÇÕES A DESENVOLVER	PRODUÇÃO ESCRITA
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <p>Fazer Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar a praticabilidade de realizar melhoramentos à luz das condições da própria organização; • Concordar com as melhorias que vão ser praticadas; • Produzir um relatório acerca do Projecto de <i>Benchmarking</i> incluindo as recomendações; • Obter o apoio dos grupos constituintes chave para realizar as mudanças necessárias; • Desenvolver planos de acção para a implementação. <p>Implementar Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar o plano de acção; • Verificar o desempenho; • Retribuir e comunicar sucessos; • Manter os grupos constituintes informados dos progressos. 	<p>Relatório sobre o Projecto de <i>Benchmarking</i>;</p> <p>Apresentação dos resultados aos gestores de topo e grupos constituintes;</p> <p>Planos de melhoramento;</p> <p>Relatórios dos progressos em vários formatos (de acordo com as necessidades de informação dos grupos constituintes);</p> <p>Registo das mudanças de desempenho.</p>
<p>MONITORIZAÇÃO E REVISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os processos de <i>benchmarking</i> adoptados e os resultados dos melhoramentos comparando-os com os objectivos e os critérios de sucesso abrangendo a eficácia e a eficiência; • Documentar as lições aprendidas, deixando-as disponíveis para outros; • Reconsiderar periodicamente os indicadores à luz das mudanças naquelas condições que sofreram impacto no seu desempenho por causa das boas práticas. 	<p>Sumário das lições aprendidas;</p> <p>Relatórios acerca das revisões do desempenho e do progresso.</p>

1.1.5. *Benchmarking* nos serviços de saúde

O uso de técnicas de *benchmarking* tornou-se uma prática muito usada na indústria, mas só nos últimos anos tem sido aplicada ao sector da saúde, sendo os primeiros estudos realizados por indústrias farmacêuticas. Têm sido usados para estudar a utilização dos antibióticos e as taxas de resistência bacteriana nas práticas de farmácia hospitalar. No contexto hospitalar esta realidade é muito recente no nosso país. No entanto, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, tal como Inglaterra e Itália, já é uma prática comum. Os primeiros estudos foram realizados para determinar, por exemplo, quais as práticas que diminuem mais o tempo de internamento, que reduzem a taxa de mortalidade em determinadas doenças, que diminuem os custos e melhoram os resultados em doentes com insuficiência cardíaca congestiva, etc. Estes estudos são iniciados por hospitais ou agências financiadoras, com o objectivo de detectar o tratamento que tenha uma melhor relação eficácia-custo para os pacientes, melhorando ou mantendo o padrão de qualidade.

Na área da saúde, no início do ano de 2001, o Departamento de Saúde de Inglaterra publicou “A Essência do Cuidar” (Ellis, 2002), que é um conjunto de instrumentos (*toolkit*) de *benchmarking*, adaptado para os cuidados de saúde, focado em oito elementos do cuidar (nutrição, continência, viabilidade de tecido; documentação, privacidade e dignidade, higiene, auto-cuidado e segurança.), que são fundamentais às experiências dos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Num hospital em Londres do Serviço Nacional de Saúde, iniciaram um projecto de *benchmarking* cujo objectivo era melhorar as experiências dos pacientes, partilhando e comparando informação, para identificar exemplos de boa prática e áreas para melhoria. O projecto começou com dois dos oito elementos de “A Essência do Cuidar”, com a intenção de focar os restantes seis posteriormente. Este artigo descreve o processo *benchmarking* para a nutrição e algumas das consequentes melhorias nos cuidados. Isto para dar um exemplo de que, como temos vindo a referir, a prática de *benchmarking* clínico é um processo de melhoria de qualidade contínua. Está também a ser utilizado em 27 unidades pediátricas do Serviço Nacional de Saúde no noroeste da Inglaterra, para promover a utilização de níveis superiores de qualidade para as práticas. O nível base é sucessivamente substituído, pois são introduzidos novos pontos de referência de melhor prática, que uma

hierarquia utiliza baseando-se em evidências. Este processo clarifica os diferentes níveis de qualidade, constituindo pontos de referência ou padrões de excelência, reforçando a determinação das provas de pesquisa quantitativa nos cuidados de saúde. Uma vez que os pontos de referência foram acordados, a actividade do *benchmarking* apoia os prestadores de cuidados num ciclo contínuo de comparação e partilha, que assegura que as crianças e suas famílias recebem cuidados baseados em evidências, onde quer que eles sejam admitidos no noroeste de Inglaterra. (Ellis, 2000).

Assim, a prática clínica de *benchmarking* debruça-se sobre os cuidados prestados ao utente, envolvendo os prestadores de cuidados em todas as fases do ciclo. Os profissionais devem identificar as estruturas e os processos que suportam uma boa prática, classificar e analisar a prática actual, e depois utilizar pontuações comparativas, para partilhar desenvolvimentos e inovações. Os prestadores de cuidados recebem formação prática, prevenindo a repetição desnecessária de esforço.

Segundo Ellis (2000), existe uma notável diferença entre *benchmarking* organizacional e *benchmarking* clínico. No primeiro, são principalmente os gestores e os peritos externos que chegam ao ponto de referência, no segundo os funcionários têm que estar mais envolvidos desde o início no processo.

A prática clínica de *benchmarking* tem um grande impacto: não só promove a partilha de exemplos de melhor prática, como também, pela utilização de toda a evidência disponível, avança na busca contínua da melhor prática possível. Além disso, é importante reconhecer o efeito do compromisso dos profissionais de saúde para com os pacientes, o que exige monitorização.

A exigência para atingir resultados de nível alto pode ser considerada, para muitos prestadores de cuidados, como estando para além da sua esfera de influência, exigindo muita perícia. Mas, de acordo com Ellis (2000), através da actividade de *benchmarking*, os prestadores de cuidados podem, eles mesmos, identificar as estruturas e processos que os ajudarão a atingir os resultados exigidos, o que pode levá-los a ultrapassar as expectativas.

Os profissionais não só participam na identificação das metas a atingir como estão também a encorajar o desenvolvimento da prática, o que tem um efeito positivo no cuidado ao paciente. A actividade de *benchmarking* não é só examinar a prática, mas também assegurar que esta atinja resultados de um nível mais elevado, apoiando uma comparação aberta e partilhada para permitir uma melhoria contínua e desenvolvimento das suas

práticas. O *benchmarking* promove uma atmosfera auto-reflexiva na qual o hospital pode avaliar o seu próprio progresso. Estes estudos podem também ser usados para analisar o desempenho histórico das instituições, se for usado o processo de *benchmarking* interno.

Apesar deste tipo de trabalho estar vulgarizado na América e na grande maioria dos países da União Europeia, em Portugal esta é uma área de interesse onde começam agora a aparecer algumas pessoas interessadas na realização de estudos. Para confirmar esta nossa afirmação fizemos uma pesquisa na *web* onde encontrámos alguns estudos na área da saúde como por exemplo:

Na página da *Web* dos Hospitais SA encontrámos referenciado um *benchmarking* (análise comparativa) realizado em 2003 que permitiu desenvolver um conhecimento alargado da situação económico-financeira de partida dos 31 Hospitais SA, tendo-se alcançado um objectivo triplo:

- Explicar as diferenças de desempenho económico-financeiro entre os hospitais através de alavancas operacionais (e accionáveis) de gestão corrente;
- Avaliar o potencial de melhoria de cada hospital em cada uma das principais áreas de actuação;
- Identificar melhores práticas e programas transversais a lançar no curto prazo para capturar o potencial de melhoria identificado.

Na página da *Web* do Hospital Amato Lusitano encontrámos um projecto de *benchmarking* da formação para avaliar o plano de formação de 2003 e os planos de formação futuros. Este projecto tem carácter nacional, foi iniciado em 2001 e tem como objectivo principal qualificar e desenvolver as estruturas formativas e, concomitantemente, as instituições. Para a instituição este projecto *benchmarking* da formação tem como principais objectivos:

- Adequar a formação à estratégia e objectivos da instituição;
- Aferir os resultados da formação face à estratégia instituída;
- Facilitar a avaliação mediante a aplicação de instrumentos já experimentados;
- Uniformizar linguagem e metodologias;
- Melhorar a eficiência e eficácia do processo formativo.

Poderíamos relatar mais alguns trabalhos encontrados, pois a proposta de reforma da administração pública provocou o aumento de sensibilização de muitos investigadores para o tema e nesta área o IQS tem desenvolvido um bom trabalho de motivação dos

profissionais de saúde, com a aplicação dos vários projectos de acreditação das instituições de saúde. O aumento da produtividade, exigido pelo poder político, não pode por em causa a qualidade dos serviços e esta é uma boa ferramenta para fundamentar propostas de melhoria contínua da qualidade.

1.2. QUALIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

As preocupações com a qualidade tiveram origem na indústria no início do século XX, no qual se procurava controlar a qualidade dos produtos após a sua produção, detectando-se os defeitos só depois de estes terem acontecido. Esta forma de proceder não resolvia os problemas da qualidade dos produtos e serviços, pelo que mais tarde a ênfase foi dirigida às competências dos profissionais, às actividades desenvolvidas, ao desempenho e aos recursos utilizados, constituindo hoje a qualidade em saúde, um aspecto incontornável em toda a política de saúde. Independentemente das estratégias que se pretendam implementar, existirão sempre fortes pressões e motivações (económicas, sociais, políticas, profissionais) para que a qualidade seja uma realidade.

Definir qualidade é extremamente difícil, na medida em que a palavra tem significados diferentes para diferentes pessoas, porque a qualidade é definida em relação a padrões que podem ser diferentes dependendo do nível de conhecimento de quem os define. Quase todas as pessoas têm uma opinião própria sobre o que é qualidade, confundindo-se, por vezes, com caro, bonito, excelente, prestigiante ou simplesmente bom.

Lopes e Nunes (1995) referem que *“a qualidade é uma cultura e que só se atinge com a interiorização e a vivência, esforço contínuo de todos para fazer bem, produzir o melhor, definir o que é desejável e atingir a conformidade com os padrões definidos. A qualidade exige uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores, o que está correcto e o que é desejável.”*

Taylor (1998) distingue diversos níveis de qualidade no contexto da saúde:

- a) Qualidade do sistema, quando está em causa a prestação de cuidados de saúde a uma comunidade e a afectação de recursos com definição de regras claras, justas e equitativas;

- b) Qualidade da administração hospitalar, que consiste na implementação de critérios de qualidade que correspondam às expectativas da população que é servida por uma unidade hospitalar;
- c) Qualidade profissional, que se refere a boas práticas profissionais: medicina, enfermagem, apoio e vigilância e outras áreas técnicas da saúde.

Em saúde estes conceitos aparentemente simples revestem-se de particular acuidade e complexidade, dada a especificidade e delicadeza dos produtos oferecidos, em que estão em causa inúmeros produtos e serviços complexos e únicos, como sejam: produção e distribuição de medicamentos, intervenções cirúrgicas tecnologicamente complexas e abordagens em situações humanas psicologicamente extremas e particularmente exigentes. Para garantir a qualidade, toda a cadeia de produção deve estar em conformidade com o respectivo padrão.

Um aspecto que jamais pode ser esquecido, como referem Nunes e Rego (2002), é que *“para ser possível obter ganhos em saúde deve existir um sistema articulado e estruturado por processos interrelacionados, de acordo com o ideal de que existe um objecto comum a todos os agentes de saúde, ou seja, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos”*.

É neste quadro exigente que surge um programa específico de acreditação dos hospitais portugueses em qualidade organizacional, resultante de um protocolo celebrado entre o Instituto da Qualidade em Saúde e o *King's Fund Health Quality Service* (Boavista, 1999). A acreditação tem por finalidade avaliar, através de um conjunto de normas, a competência técnica de uma instituição para a prestação de determinados serviços.

Após um processo voluntário de candidatura e a respectiva aceitação, as instituições inserem-se num programa de avaliação da qualidade dos serviços que disponibilizam, através da realização de auditoria de todo o sistema, composta essencialmente por três fases:

- a. Diagnóstico e desenvolvimento de padrões organizacionais;
- b. Implementação das normas predefinidas;
- c. Avaliação da conformidade das práticas em saúde desenvolvidas na instituição com os diversos padrões definidos.

Heidemann (1999) refere que uma instituição de saúde é acreditada porque reúne *à priori* os requisitos exigidos, segundo um determinado referencial, para a prestação de

cuidados de saúde, ou seja, é concedido à instituição um grau de confiança para o desempenho de uma actividade.

A qualidade dos cuidados de saúde é indissociável da imagem da enfermagem, peça fundamental nas organizações prestadoras de cuidados, integrada na dinâmica de controlo da qualidade dos cuidados, responsabilizando-se pela avaliação e controlo da sua área de actuação.

Segundo Phipps *et al* (1999), *“a enfermagem está consignada a ser uma profissão superior pela promoção de cuidados da mais alta qualidade possível. Implícita neste compromisso está a responsabilidade de avaliação da qualidade e da adequabilidade desses cuidados”*.

A avaliação da qualidade do serviço de enfermagem deve abranger os cuidados de enfermagem propriamente ditos e a qualidade de vida do utente do serviço em termos de conforto, acolhimento, segurança e hotelaria, no que se refere ao exercício de enfermagem.

Para Ourives (1993), *“a avaliação do desempenho do serviço de enfermagem deve abranger a totalidade dos padrões preconizados para o período em apreço, através de indicadores que possam medir a qualidade relativa à satisfação dos clientes e dos resultados dos cuidados de enfermagem”*.

A qualidade dos serviços garante-se, primeiro, com a idoneidade científica e técnica dos profissionais, técnicos e auxiliares que executam as acções orientadas para a restituição da saúde ou para evitar que esta se deteriore, e segundo, com a capacidade tecnológica da instituição que proporciona as condições para resolver necessidades mais ou menos complexas. Para prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade é necessário que a organização prestadora de serviços de saúde defina e disponha de: pessoal qualificado, infra-estruturas adequadas e tecnologia própria para cada situação.

Segundo Carvalho *et al* (1991), *“em termos práticos o que se pretende com um processo de garantia de qualidade é aplicar mecanismos que mantenham os cuidados de enfermagem prestados, em constante e periódica revisão, apontando os desvios em relação aos padrões (normas). Uma norma corresponde a um nível a atender. A satisfação plena desse nível é a realização dos cuidados de qualidade”*.

Após se ter acordado e redigido uma filosofia e determinados objectivos, o passo seguinte no ciclo da qualidade é descrever os cuidados de enfermagem, ou seja, aquilo que

se faz em termos mensuráveis, a seguir, identificar normas e critérios no sentido de definir a qualidade dos cuidados a prestar aos doentes.

Uma política de saúde centrada na qualidade é um desafio assumido com clareza e determinação pelo Ministério da Saúde, ao identificar como estratégia prioritária o desenvolvimento continuado da qualidade dos cuidados de saúde e ao criar o Instituto da Qualidade em Saúde para concretizar essa política. Segundo a página do IQS *“Incumbe ao IQS, no quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.”*

O hospital em estudo deu um passo decisivo no caminho da qualidade no dia 28 de Outubro de 2002, ao celebrar o contrato de participação no Programa de Acreditação em Qualidade Organizacional com o IQS.

Um processo de gestão da qualidade numa organização de saúde, passa pela satisfação dos clientes, mas não só, o envolvimento, empenhamento e satisfação dos profissionais são factores incontornáveis no sucesso dessa estratégia. Como afirmam Nunes e Rego (2002), “só profissionais altamente motivados se envolvem na relação clínica, subjectiva por excelência, de acordo com a sua diferenciação técnico-profissional, mas com elevado sentido de responsabilidade”. Para estes autores, o envolvimento pressupõe o respeito integral pelas competências individuais dos colaboradores e pela implementação de conceitos inovadores como o de *salário emocional*. Este conceito emergente sugere que os estímulos profissionais não se resumem a interesses materiais e que existem múltiplos factores que se revelam incentivadores e determinantes para a qualidade dos cuidados prestados.

Dentro desses factores poderemos considerar as condições de trabalho, a dignidade da profissão, o prestígio e a valorização do cargo exercido, o reconhecimento dos doentes, dos colegas, dos outros profissionais e da sociedade em geral. Segundo Nunes e Rego (2002), *“o incentivo ao desempenho cabal da profissão médica e de enfermagem, nomeadamente através de líderes convictos de benefícios desta estratégia, reforçam os factores emocionais e psicológicos e relegam para um plano paralelo, mas não necessariamente superior, os incentivos materiais”*.

Ainda, de acordo com os mesmos autores, a organização dos serviços de saúde deve estruturar-se em função das condições de exercício profissional, recorrendo a

estímulos externos e internos e promovendo agentes responsáveis, com prestígio e autoridade.

A necessidade de controlar e avaliar o desempenho inadequado ou impróprio de um serviço deve ser entendida pelos funcionários, não só como uma actividade legítima da organização, mas também como um dever da mesma. No entanto, deve ser separada e diferenciada da avaliação de desempenho dos funcionários, pois a primeira é uma avaliação do desempenho organizacional, tem um carácter global e a segunda é avaliação do desempenho do pessoal e como tal tem um carácter particular.

No caso da avaliação do desempenho do pessoal, o uso da avaliação como um exercício de comparação normativa foi alterada, enveredando-se por uma estratégia assente no desenvolvimento profissional pessoal, uma vez que cada profissional é uma pessoa distinta de todas as outras, como tal, tem o direito de definir os seus próprios objectivos de evolução na carreira, desde que vão de encontro aos objectivos da organização. A definição de objectivos impostos pela organização é sentida como mais uma tentativa para controlar os enfermeiros. A negociação de objectivos acordados mutuamente ajudaria as práticas de enfermagem contribuindo para uma melhor prestação de cuidados aos pacientes.

Na essência de qualquer modelo reflexivo de enfermagem, tal como afirma Johns (2001), está uma visão ou filosofia da prática. De uma perspectiva reflexiva, a visão é uma reflexão das convicções dos profissionais e os valores sobre a natureza da sua prática. Uma filosofia é uma declaração colectiva de convicções compartilhadas e valores que correspondem à execução das práticas, que dá significado e orienta a prática quotidiana: uma luz para mostrar o caminho.

Quando um grupo de profissionais se une é evidente que precisa de partilhar um sistema de convicções comum para assegurar uma aproximação consistente para os pacientes e famílias. Uma declaração colectiva de convicções torna-se uma declaração pública através da qual pacientes, famílias, sociedade como um todo e outros trabalhadores de prestação de cuidados de saúde se podem relacionar. Essa declaração abre possibilidade para diálogo e colaboração. Este processo promove um ambiente de prática dinâmico no qual constantemente são desafiadas convicções e clarificado o significado e a relevância. A filosofia da enfermagem, que define a visão para a prática, torna-se uma peça estratégica fundamental para a prática clínica e seu desenvolvimento. Todas as pessoas têm

convicções sobre os assuntos que lhe são importantes e que poderiam influenciar fortemente o modo como exercem as práticas. Frequentemente, os enfermeiros chegam a acordo sobre as suas convicções dentro do ambiente de cuidados de saúde, geridos pelos valores dominantes da organização e das influências médicas, uma vez que é uma profissão que tem actividades autónomas, mas tem outras que dependem da classe médica.

Muito recentemente e de modo particularmente feliz, Hesbeen, (2001) escreveu: *“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações meios e limites pertinentes e claramente identificados”*.

Existe uma maior consciencialização entre os profissionais de saúde e, concretamente, entre os enfermeiros, que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e explícito a ter em conta na prestação de cuidados de saúde. É que, como lembra Hesbeen (2001), *“a qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar do empenhamento pessoal dos profissionais. Para o mesmo autor, as condições em que estes podem exercer a sua prática e revelar os seus talentos são determinantes para esse empenhamento”*. Daí que a qualidade dos cuidados deve ser encarada, essencialmente, em quatro dimensões: conduta do prestador de cuidados que se refere às funções de tratar e cuidar; acesso aos cuidados e conveniência que tem a ver com a facilidade de encontrar serviços de acordo com as necessidades e com as capacidades financeiras; disponibilidade de recursos materiais e humanos; continuidade de cuidados em termos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação nas múltiplas dimensões da vida.

É fundamental não esquecer que *“os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”* (Hesbeen, 2001).

O processo de acreditação em qualidade organizacional é um dos processos de melhoria da qualidade em saúde.

1.3. O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE ORGANIZACIONAL DO *KING'S FUND HEALTH QUALITY SERVICES*

A palavra acreditação significa ter boa reputação, merecer crédito, ser digno de confiança. Acreditar significa aprovar oficialmente. O conceito de acreditação hospitalar está ligado a um sistema de avaliação periódico e voluntário do cumprimento de padrões de qualidade previamente estabelecidos, procurando desse modo estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Segundo França (2002) o objectivo principal do processo de acreditação é melhorar os cuidados que são prestados aos cidadãos, com a melhoria do desempenho da organização, da sua capacidade de gestão e de inovação. Por este motivo, utilizamos o projecto de acreditação em qualidade organizacional do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQs) em que o hospital em estudo está inserido, para realização do nosso trabalho porque acreditamos que o processo de *benchmarking* aplicado a este projecto pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta instituição.

O Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH) é um programa da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) que tem como objectivo criar um sistema autónomo de monitorização e acreditação da qualidade organizacional dos hospitais portugueses. De certa forma, podemos dizer que é um programa que visa a certificação de critérios da qualidade organizacional baseados nas normas do manual de acreditação organizacional do KFHQs de Londres, que lhe serve de base conceptual.

O *King Edward's Hospital Fund for London* é uma fundação independente sem fins lucrativos fundada em 1897 pelo Príncipe de Gales, mais tarde Rei Eduardo VII. Foi criado com o objectivo de apoiar os doentes pobres da cidade de Londres, tendo evoluído para uma vasta organização dedicada à promoção das boas práticas e boa gestão das instituições de saúde de Londres.

Na actualidade assume como missão contribuir para estimular a boa prática e inovação em todos os aspectos dos cuidados de saúde e gestão, desdobrando-se em cinco organismos: Centro de Estudos, Centro de Gestão, Colégio *King's Fund*, *Instituto King's Fund* e o *The Health Quality Service*.

Ao *Health Quality Service* (HQS), compete dar resposta ao interesse e às solicitações do Programa de Acreditação Organizacional por parte de organizações fora do

espaço da cidade de Londres, tanto ao nível nacional como internacional.

Neste momento, o programa acima referido engloba um vasto conjunto de padrões que cobrem as diversas áreas da prestação de cuidados de saúde, aliado a um processo de desenvolvimento e avaliação que culmina num título de acreditação. O Programa de Acreditação do HQS assume a liderança na saúde no Reino Unido. Desdobra-se em diferentes programas específicos para o sector público e para o sector privado e social, nomeadamente para hospitais gerais, cuidados primários, hospitais privados, serviços de saúde mental privados, lares e cuidados de enfermagem.

No Reino Unido existem, na presente data, mais de 100 hospitais oficialmente acreditados e 400 em processo interno de desenvolvimento e melhoria, através do Programa de Acreditação pelo *King's Fund Health Quality Service*.

Trata-se de um programa de melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais, obtido através do cumprimento de um conjunto de passos (traduzidos em normas e critérios) que culminam numa auditoria externa levada a cabo por entidades independentes que reúnem as competências exigidas pelo HQS, das quais fazem parte a formação específica ministrada pela própria instituição e conhecimento da realidade da organização auditada.

No Programa de Acreditação de Hospitais 2000 implementado ao abrigo do protocolo do IQS com o KFHQS (Boavista, 1999), entende-se por padrão ou norma o objectivo global de qualidade organizacional e por critério o mecanismo que é necessário existir para que se atinja aquele objectivo.

No Manual de Acreditação para Hospitais 2000 (IQS, 2000), deste programa existem mais de mil critérios distribuídos por cinco secções: gestão institucional, gestão de recursos, direitos e necessidades individuais dos doentes, percurso do doente e normas específicas para serviços clínicos e não clínicos. Destes critérios uns são classificados como: prática indispensável, assinalados como A, boa prática, B e prática excelente, C.

Neste trabalho vamos limitar-nos a aplicar o processo de *benchmarking* a todas as normas e critérios que se referem às práticas de enfermagem durante o percurso do doente dentro da instituição.

No final das auditorias externas há varias possibilidades de acreditação: pode conseguir-se a acreditação total (*full accreditation*). Esta decisão demonstra cumprimento de todos os critérios considerados indispensáveis, o que corresponde à totalidade dos

critérios "A" do Manual em uso no Protocolo do IQS/KFHQS. Atribui, ainda, uma recomendação de acreditação total pelo período de três anos a contar da data de realização da auditoria externa por pares. As organizações nestas condições são sujeitas a uma auditoria anual para efeito de manutenção deste estatuto.

Pode conseguir-se a acreditação provisória (*provisional accreditation*) por decisão da Comissão de Acreditação do KFHQS, atribuída a um hospital após análise de um relatório elaborado especificamente para o efeito, com base no relatório da auditoria externa num processo de acreditação. Esta decisão corresponde à demonstração, por parte da organização, do bom cumprimento geral dos critérios em avaliação – indispensável, mas contudo, insuficiente para a obtenção de acreditação total. Corresponde-lhe uma recomendação de acreditação provisória, que possibilita a oportunidade de apresentação de provas documentais de evolução, ou a sujeição a uma auditoria específica à(s) área(s) problemáticas no período de um ano. Se a organização assim o desejar, pode solicitar uma antecipação desta avaliação, uma vez que considere ser capaz de fazer prova das melhorias necessárias à situação de cumprimento pleno.

O Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, tendo por base a metodologia e os critérios do *The Health Quality Service*, visa criar um sistema de reconhecimento explícito da qualidade das unidades hospitalares, públicas ou privadas, que a ele queiram voluntariamente aderir. Mas o simples facto dum hospital estar acreditado não significa que se atingiu um elevado nível de qualidade, mas apenas um limiar satisfatório, pois significa que cumpriu unicamente os critérios “A”, ou seja, a prática indispensável. Significa apenas que o hospital tem ainda um longo caminho a percorrer, pois uma instituição que adere a um projecto destes sabe que, mesmo que a qualidade atinja um nível de excelência, há sempre qualquer coisa que pode aperfeiçoar.

Em Portugal, o uso desta metodologia está a ser feita ao abrigo de uma parceria entre o IQS e o KFHQS num horizonte temporal de cinco anos que terminou em Setembro do ano de 2004. Este acordo prevê uma transferência de tecnologia no decurso da mesma, ficando Portugal, no fim deste período, apto a utilizá-la livremente nos seus hospitais.

Os auditores que realizam as auditorias externas são detentores de um percurso profissional hospitalar de mérito reconhecido e de conhecimentos na metodologia e normas do programa. Esses conhecimentos foram obtidos através de formação intensiva que lhes tem sido proporcionada.

As unidades participantes distribuem-se pelo conjunto das cinco Administrações Regionais de Saúde, tendo o número vindo a aumentar significativamente, o que leva a pensar que a questão da qualidade começa a preocupar as organizações hospitalares. A aprovação de financiamento da instituição em estudo, para aderir a este programa foi conseguida através do III Quadro Comunitário de Apoio ao abrigo do Plano Operacional Saúde (POS) - Medida 2.3. Certificação e Garantia da Qualidade, que tem apoiado o Programa do IQS e os projectos hospitalares que podemos consultar na pagina da *Web* do Quadro Comunitário de Apoio III.

1.3.1. O Manual de Acreditação para Hospitais 2000

O "*Accreditation UK - An organisational audit programme for acute, community, learning disabilities and mental health services*" é o Manual escolhido e utilizado na actual fase do Programa de Acreditação.

Tratando-se de um documento em língua inglesa, foi necessário proceder à sua tradução e validação para Portugal. Neste sentido, o Grupo Coordenador Nacional convidou os gestores dos projectos dos hospitais em processo de acreditação, ou seja, dos sete hospitais do grupo piloto, para colaborarem nos trabalhos de validação da versão portuguesa.

Tratou-se de um trabalho de desenvolvimento partilhado, que foi incorporando as experiências de campo entretanto vividas no âmbito dos projectos em curso. As modificações ao texto original incidiram especialmente em matérias e critérios relacionados com o quadro legislativo aplicável à realidade nacional e requisitos profissionais. Todas as alterações foram sujeitas a aprovação por parte do KFHQS por razões de integridade e consistência do processo.

Em áreas com competências técnicas específicas foi solicitada a colaboração de profissionais de reconhecido mérito, como foi o caso das Normas 43 a 49 aplicáveis à Saúde Mental, por ser considerada uma área em que a satisfação do cliente é mais difícil de avaliar.

Resultado de todo este trabalho, o "Manual de Acreditação para Hospitais 2000", 1ª versão nacional, é composto por um conjunto de 55 normas e 1164 critérios de nível "A" a

que corresponde a prática indispensável, o necessário para que o hospital seja acreditado. A estes, acrescem ainda um grande número de critérios de nível "B", a boa prática e "C", considerada a prática excelente, ou seja, critérios de cumprimento não obrigatório para a obtenção do estatuto de acreditado.

1.3.2. O financiamento do programa

A criação do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais e os projectos de acreditação das unidades aderentes têm sido financiados com verbas do Plano Operacional Saúde do 3º Quadro Comunitário de Apoio, previstas na Medida relativa à Certificação e Garantia da Qualidade, como podemos verificar consultando a página da *web* do Quadro Comunitário de Apoio III.

Esta medida assume como objectivo melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde prestados pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente hospitais e centros de saúde. Prevê dois eixos complementares de actuação: melhoria contínua da qualidade e certificação ou acreditação.

O protocolo do Ministério da Saúde com o KFHQS fundamentou os trabalhos preparatórios do referido quadro comunitário, nomeadamente a parte hospitalar do projecto subordinado ao título "Melhoria da Qualidade Organizacional das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde". Posteriormente, a sua operacionalização, através do IQS, veio confirmar a execução das verbas disponíveis através de um vasto conjunto de beneficiários, designadamente, as unidades hospitalares do SNS.

Uma vez iniciado um processo de acreditação, o HQS designa um representante, que acompanha e auxilia os grupos coordenadores locais, funcionando como ligação entre as partes. O IQS, enquanto entidade coordenadora do programa no nosso país, designa também um gestor de cliente próprio, que funciona como "facilitador" na relação estabelecida entre o HQS, o IQS e o hospital. Este elemento integra, em simultâneo, o processo de aprendizagem inerente à transferência de tecnologia prevista no protocolo IQS/KFHQS. Esta situação dupla manter-se-á pelo período de duração do referido protocolo, ou seja, cinco anos, após o qual os elementos do IQS assumirão as funções requeridas pelo Programa de Acreditação.

2. METODOLOGIA

A investigação é essencial para o avanço das diferentes disciplinas, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimentos próprio, sendo incontestável a sua importância no reconhecimento das profissões. No entanto, não existe uma única maneira correcta de compreendermos a complexidade do mundo, daí que, em investigação, sejam inúmeros os métodos utilizados pelos investigadores no estudo dos problemas que contribuem para o desenvolvimento da base científica das diferentes ciências (Polit *et al*, 1999).

Existem dois métodos de investigação utilizados para o desenvolvimento do conhecimento, que são o método qualitativo e o quantitativo.

Segundo Fortin (1999), “*A decisão de utilizar um ou outro depende da questão de investigação, segundo esta sugira a exploração da experiência humana ou a exploração e a verificação de relações.*”

A escolha da metodologia a adoptar para este trabalho foi orientada no sentido de identificar a melhor prática de cuidados de enfermagem num hospital, através do processo de *benchmarking* interno para posteriormente serem aplicadas noutros serviços.

Partindo deste pressuposto, recorreremos ao método exploratório e descritivo, utilizando o método qualitativo, pois, a análise permitiu-nos decompor o fenómeno, o problema ou o assunto nas suas partes essenciais, para o que utilizamos a entrevista como método de recolha da informação.

O método qualitativo caracteriza-se pela existência de uma relação sujeito-objecto marcada pela subjectividade que se apoia no raciocínio indutivo. De acordo com Rousseau e Saillant (1999), o investigador “*(...) não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa (...)*”.

Na tomada de decisão sobre o método qualitativo, a preocupação recaiu sobre a compreensão do fenómeno em estudo, sendo o nosso objectivo principal descrever ou interpretar, mais do que analisar. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como estes se apresentam, sem procurar controlá-los.

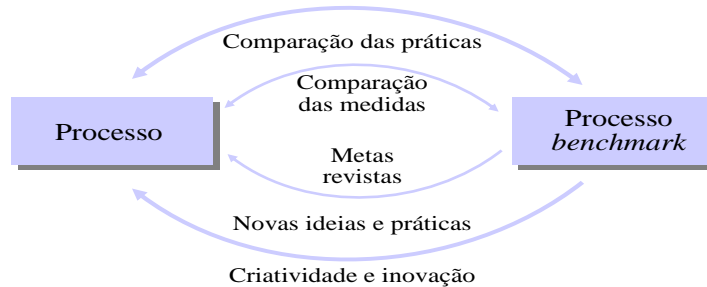
Segundo Bogdan e Biklen (1994), “*na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.*” Este foi o método que nos pareceu mais adequado, tendo em consideração os recursos de que dispomos e essencialmente o factor tempo. Pois “*Ainda que existam diversas formas de investigação qualitativa, todas partilham, até certo ponto, o objectivo de compreender os sujeitos com base nos seus pontos de vista*” (Bogdan e Biklen, 1994). A investigação qualitativa permite-nos “compreender como o mundo é percebido pelos outros e como os outros lhe dão sentido” (*ibidem*), obrigando-nos a ver os comportamentos no seu contexto, não privilegiando os resultados em detrimento dos processos.

No trabalho de campo necessitámos fazer um *benchmarking* métrico e das práticas de enfermagem nos serviços de internamento de adultos de um hospital (Medicina, Cirurgia, Ortopedia e Especialidades), para identificar as áreas que beneficiam mais com o *benchmarking* das práticas, ou seja, as áreas em que detectarmos que existe maior diferença no padrão de qualidade das práticas de enfermagem, para melhor podermos delimitar o nosso trabalho. De seguida, aplicámos o processo de *benchmarking* das práticas. Como método de colheita de dados utilizámos a entrevista semi-estruturada cujo guião construímos utilizando as normas 20 a 22 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 do King’s Fund que também nos serviu de padrão de referência.

Segundo Johnston e Clark (2001), *benchmarking* métrico é o estabelecimento de comparações de desempenho entre processos operacionais para que a organização possa avaliar o nível de desempenho de um dos seus processos, o que é muito difícil porque as instituições fazem a mensuração de maneira diferente ou colhem dados diferentes.

Ainda segundo o autor supracitado, o *benchmarking* métrico pode identificar se o desempenho é bom ou mau, mas pode não ajudar a entender como é que se podem melhorar os processos. Esta é uma actividade de *benchmarking* das práticas. Pode não identificar o padrão de qualidade dos processos, mas é uma tentativa de encontrar novas ideias e práticas que possam ser adaptadas em benefício da organização e de estimular a criatividade e a inovação do desempenho, como podemos ilustrar com a Figura 2.

Figura 2: *Benchmarking* métrico e das práticas



Fonte: Adaptado de Johnston e Clark (2001).

Neste capítulo justificamos ainda, a escolha do desenho de investigação, definimos a população e a amostra, justificamos a escolha do método de colheita e análise dos dados, as potencialidades e limites do método escolhido, assim como os pressupostos subjacentes à sua aplicação.

A necessidade de nortear este trabalho conduziu-nos à elaboração de objectivos que devem fazer transparecer a orientação da investigação. Assim, o objectivo geral do nosso trabalho é melhorar a qualidade das práticas de enfermagem no hospital em estudo, compartilhando e comparando informação.

Como objectivos específicos, já referidos na introdução, definimos os seguintes:

- Identificar as melhores práticas de enfermagem nos serviços de internamento de adultos do hospital em estudo.
- Identificar áreas para melhorias.
- Conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para adoptar essas práticas.

Bem sabemos que com estes objectivos não poderemos considerar o processo de *benchmarking* concluído, pois este permitir-nos-ia atingir outros objectivos tais como:

- Aplicar as melhores práticas identificadas aos outros serviços.
- Avaliar o processo de melhoria das práticas de enfermagem nos serviços em que foram adoptadas novas práticas. Mas, algumas limitações, como o factor tempo por parte do investigador e o factor económico por parte da instituição impedem a

progressão do processo de *benchmarking*, pelo menos na fase de aplicação, e a sua descrição neste trabalho. Contudo, para minorar as limitações, forneceremos as conclusões do mesmo à instituição para que esta os possa utilizar para dar seguimento a este processo, pois pensamos que só desta forma este trabalho terá algum valor prático. Por outro lado, fornecer os dados obtidos em determinadas investigações para que outros os possam utilizar noutras áreas, facilita o progresso do processo de investigação em geral, pelo que deveria ser esta a atitude de qualquer investigador.

Na investigação qualitativa, nomeadamente nos estudos exploratórios e descritivos, é aconselhado por Fortin (1999) a utilização de questões mais gerais em detrimento do tratamento de relações entre as variáveis. Assim, surgem as seguintes questões de investigação que decorrem dos objectivos supra citados:

Como é que o *benchmarking* pode contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem?

Quais os factores que influenciam a atitude dos enfermeiros que aplicam as melhores práticas?

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Os investigadores que optam por metodologias qualitativas procuram descrever e compreender casos particulares (de indivíduos ou de grupos) para de seguida, formular teorias mais gerais a partir da comparação entre vários casos. Estes tipos de teorias são normalmente denominadas por “*teorias enraizadas (grounded theories) ou teorias locais*” (Lessard-Hérbert *et al* 1990).

Os mesmos autores referem-se ao estudo de caso como um modo de investigação em que o investigador está pessoalmente implicado na pesquisa, abordando o campo de investigação a partir do seu interior, pressupondo uma participação activa e uma análise profunda do tipo introspectivo.

Esta ideia informa, em parte, a nossa opção pelo estudo de caso dentro do método qualitativo, enquanto modo de investigação que preside à realização deste trabalho.

Segundo Bogdan e Biklen, (1994), *“O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto...”* o que nesta situação em concreto se torna particularmente útil, dado que estamos perante o estudo em profundidade de uma organização hospitalar bem definida e com características particulares, cujos contornos serão estudados como típicos da mesma, pretendendo-se identificar as melhores práticas de enfermagem, já que a organização está envolvida num processo de melhoria da qualidade, e as práticas de enfermagem são da nossa área profissional, pelo que vamos limitar a nossa dissertação ao estudo das mesmas.

A metodologia utilizada também nos parece consonante com a perspectiva de Bonoma (1985), ao considerar o estudo caso pertinente *“...quando um fenómeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenómeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre”*, mas também com a de Lessard-Hérbert *et al* (1990), ao identificar no estudo de caso uma atitude própria das abordagens qualitativas situadas no âmbito do paradigma interpretativo.

Por sua vez Yin (2003) afirma que *“o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, quando a fronteira entre o fenómeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”*. Este mesmo autor refere ainda determinadas situações em que podemos recorrer à utilização do método de estudo de caso, condições estas que nos parecem estar reunidas na nossa investigação:

- Para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas por sondagens ou por estratégias experimentais;
- Para descrever o contexto da vida real no qual ocorrem intervenções;
- Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, das intervenções realizadas;
- Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não apresentem resultados claros e específicos.

Baseando-nos, ainda, na perspectiva deste autor, a nossa preferência pela utilização do método de estudo de caso deve-se ao facto de estudarmos uma problemática contemporânea, num contexto organizacional específico, numa circunstância que não previa a manipulação de comportamentos, mas apenas recolher as narrativas dos

entrevistados, face às suas vivências no desempenho de práticas de enfermagem. Neste contexto, tendo por base o objecto de estudo, e no sentido de procurar resposta para as questões de investigação já referenciadas, considerámos relevante abordar seis grandes blocos temáticos, apresentados no Quadro 4, procurando granular um pouco mais a pesquisa, face a domínios específicos dentro destes blocos.

Quadro 4: Blocos temáticos em estudo

Blocos Temáticos	Domínios
- Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Representações sobre: <ul style="list-style-type: none"> - O processo de admissão; - O suporte documentado; - O acompanhamento na área da formação; - O suporte pessoal e profissional; - As dificuldades inerentes à função que desenvolve; - Condicionantes da filosofia da qualidade e estratégias de melhoria das práticas; - A responsabilidade do enfermeiro chefe no processo.
- Representações sobre a avaliação das necessidades do utente internado no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O processo de avaliação das necessidades do utente; ➤ Relação funcional com a chefia do serviço; ➤ Relação com os colegas de trabalho; ➤ Envolvimento do utente no processo.
- Representações sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plano de cuidados de enfermagem; ➤ Continuidade de cuidados; ➤ Envolvimento do utente; ➤ Envolvimento de familiares ou acompanhantes.

Quadro 4: Blocos temáticos em estudo (continuação)

Blocos Temáticos	Domínios
- Representações sobre a implementação de cuidados e tratamento.	<ul style="list-style-type: none">➤ Relação entre a implementação e o planeamento;➤ Os registos escritos dos cuidados e tratamento;➤ Envolvimento de familiares ou acompanhantes.
- Representações sobre a revisão de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">➤ Processo de revisão da avaliação, planeamento e implementação de cuidados e tratamento;➤ O utente tem direito a uma segunda opinião dos cuidados e tratamento proporcionados ao utente;➤ Envolvimento de familiares ou acompanhantes.
- Representações sobre a política relativa à saída/ alta de um serviço.	<ul style="list-style-type: none">➤ Processo de saída/ alta, em caso de:<ul style="list-style-type: none">- transferência;- falecimento.➤ Garantia da continuidade de cuidados em caso de alta para o domicílio.

2.2. A POPULAÇÃO E A AMOSTRA DO ESTUDO

Segundo Gil (1988), a população é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características.

Fortin (1999), por sua vez, define população como: “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos do grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação.” Define, ainda, população alvo como: “população para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra.”

Os métodos qualitativos conferem uma grande importância ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo. Rousseau e Saillant (1999) aconselham que neste tipo de estudo não devem ser utilizadas grandes amostras, tornando-se assim pertinente ter

uma amostra não probabilística, mas apropriada, onde são incluídas pessoas susceptíveis de fornecer dados válidos e completos.

Com base na definição de Fortin, e tendo em consideração os nossos objectivos, para a concretização deste trabalho, escolhemos uma população constituída por todos os enfermeiros que exercem a sua actividade nos serviços de internamento de adultos de um hospital, e como amostra, os enfermeiros chefes dos serviços de internamento onde o processo de *benchmarking* foi aplicado, porque pensamos que estes para além de serem representantes legais de toda a equipa de enfermagem, podem fornecer dados mais válidos e completos, pois têm uma visão global das práticas da equipa de enfermagem. Criámos uma excepção aos serviços de Especialidades e de Ortopedia pelas seguintes razões: no primeiro caso o enfermeiro chefe encontra-se de baixa frequentemente, pelo que escolhemos o elemento que o substitui quando isso acontece; no segundo caso, porque a enfermeira que exerce funções de chefia é a autora deste trabalho.

Necessitámos de um segundo enfermeiro de cada serviço, da área da prestação de cuidados, também escolhido intencionalmente: um elemento colaborante, que tenha vindo a demonstrar algum interesse no assunto. Apresentadas as condições, por conveniência, o segundo elemento foi sugerido pelo enfermeiro chefe de cada serviço, uma vez que pretendíamos escolher as melhores práticas, e, ninguém melhor do que o enfermeiro chefe, conhece o enfermeiro mais capaz dentro da equipa.

Como fizemos a colheita de dados através de entrevista, esta amostra também nos facilitou o trabalho uma vez que os entrevistados têm todos o mesmo nível de conhecimento sobre o problema, o que permite uniformidade de conceitos sobre a matéria em estudo.

Uma outra vantagem que poderá ter esta amostra é a cooperação que podemos ter, pois, para além de trabalharem todos no mesmo horário, partimos do pressuposto que o chefe de um serviço tem todo o interesse em saber qual o nível de qualidade do seu serviço e qual a possibilidade de melhoria.

2.3. MÉTODO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Como atrás referimos, com o objectivo de identificar as áreas onde podem ocorrer melhorias mais significativas, aplicámos o *benchmarking* métrico às práticas de enfermagem. Para isso, utilizámos as normas e critérios do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 e construímos um questionário que se encontra no Anexo I.

Aplicámos um questionário a cada serviço, mas chegámos à conclusão que, tal como referem Johnston e Clark (2001), o *benchmarking* métrico pode identificar se o desempenho é bom ou mau, mas pode não ajudar a entender como é que se podem melhorar os processos. Esta é uma actividade de *benchmarking* das práticas, pois obtivemos resultados com o *benchmarking* métrico que não nos permitiram retirar conclusões sobre as áreas mais afectadas, pelo que prosseguimos com o *benchmarking* das práticas que nos permitiu identificar os serviços com as melhores práticas em determinadas áreas.

A nossa preocupação recaiu sobre a escolha do método de colheita de dados, pois, dentro da investigação qualitativa, podemos encontrar várias tipologias, conforme o autor que as descreve.

Tendo como objectivo, agora mais amplo, suscitar um conjunto de discursos individuais, analisar e interpretar, escolhemos como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada, considerando-a como uma situação de comunicação com base num relacionamento progressivo entre o entrevistado e o entrevistador, em que o objectivo final está de acordo com o objectivo pretendido.

A entrevista pode definir-se “*como uma conversa que tem o objectivo de obter determinada informação*” (Polgar e Thomas, 1993).

Na investigação qualitativa, Rousseau e Saillant (1999), aconselham a entrevista como principal método de colheita de dados, já que esta permite ao investigador acumular a maior quantidade de informação possível. Outro motivo que influenciou a nossa escolha foi a análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos por eles vivenciados.

Também optámos por este método por estarmos em consonância com Estrela (1986), que refere que “*a entrevista tem várias facetas, assim como finalidades variadas, sendo uma dessas finalidades a recolha de dados de opinião que permitam não só fornecer*

pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes no processo. Isto é, se por um lado se procura uma informação sobre o real, por outro pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dados dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo”.

Na entrevista aplicam-se processos fundamentais de comunicação e interacção humana, que permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão importantes (Quivy, 1992).

As entrevistas variam em função de dois critérios: do grau de liberdade permitido aos entrevistados e do grau de profundidade da investigação. Tratando-se de um estudo exploratório e descritivo, o entrevistador pretende compreender o significado dado a um acontecimento ou a um fenómeno, como na prestação de cuidados de enfermagem, o que significa para os enfermeiros um processo de melhoria da qualidade das práticas de enfermagem e qual o seu contributo para esse processo de melhoria.

Deste modo, escolhemos como instrumento de colheita de dados, a entrevista semi-estruturada. Neste tipo de entrevista, o entrevistador apresenta uma lista de temas relativos à investigação, elabora questões a partir desses temas, e coloca-as ao entrevistado de forma ordenada. O principal objectivo é que no final da entrevista todos os temas tenham sido abordados (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999). Para atingir este objectivo impõe-se a elaboração de um guião de entrevista, como fio condutor do desenrolar da mesma.

Ao planear a entrevista, o investigador deve ter em conta os factores associados ao lugar onde se realiza a entrevista, ao entrevistado, ao entrevistador, e à linguagem (ser acessível, motivar e apelar a uma resposta, ser o mais próximo possível do universo linguístico do entrevistado). No início da entrevista, deve-se informar o entrevistado do objecto do estudo e garantir a sua confidencialidade.

No nosso estudo, utilizámos como instrumento de colheita de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação, uma vez que esta está inserida em qualquer dos métodos.

A entrevista é uma técnica de observação directa intensiva. *“A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional...tem como objectivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema”* (Lakatos e Marconi, 2001), *“... é uma conversa com um objectivo”* Bingham e Moore citado por (Ghiglione e Matalon 2001).

Neste contexto específico, o recurso à entrevista semi-estruturada, enquanto técnica de recolha de dados que sustentou a pesquisa, pareceu-nos o mais adequado, dado pretendermos recolher as narrativas dos actores, com vista ao estudo das suas opiniões, representações e perspectivas. Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista (Anexo II), apresentado sobre a forma de uma grelha da qual constam sete grandes blocos temáticos a abordar (ver Quadro 5) e alguns exemplos de possíveis questões a colocar, com o objectivo de recolher a descrição dos eventos experienciados por cada entrevistado (Frid *et al*, 2000). Embora a ordem de colocação dos temas fosse livre, pela inexperiência do investigador neste tipo de trabalho, procurou-se, sempre que possível, respeitar esta ordem, pois manifestou-se facilitadora da organização da própria entrevista.

Quadro 5: Blocos incluídos no guião da entrevista

Bloco I – Legitimação da entrevista.

Bloco II – Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço.

Bloco III – Representações sobre a avaliação das necessidades do utente internado no serviço.

Bloco IV – Representação sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente.

Bloco V – Representações sobre a implementação de cuidados e tratamento.

Bloco VI – Representações sobre a revisão de cuidados.

Bloco VII – Representações sobre a política relativa à saída/ alta de um serviço.

Depois de elaborado o guião da entrevista para a sua realização, foi solicitada autorização ao enfermeiro chefe de cada serviço para a colheita dos dados, explicitando os objectivos e garantindo os aspectos éticos referentes ao sigilo profissional e confidencialidade dos dados obtidos, bem como ao consentimento informado dos elementos entrevistados e à sua protecção contra eventuais danos.

As entrevistas demoraram em média vinte a trinta minutos cada, e, previamente, conforme indica o guião da entrevista no Bloco I, fizemos a sua legitimação onde consta a:

- 1 – Informação ao entrevistado sobre o projecto de investigação, em termos gerais.
- 2 – Solicitação e colaboração, pois o seu contributo é imprescindível para a prossecução do trabalho.
- 3 – Segurança do carácter confidencial das informações prestadas.
- 4 – Solicitação da autorização para a gravação da entrevista, assegurando que a mesma será destruída após a transcrição dos dados.

As entrevistas decorreram nos respectivos locais de trabalho, procurando criar um ambiente calmo e de mútua confiança, tendo em atenção a privacidade, e o facto das perguntas serem formuladas conforme consta do guião, deixando os entrevistados expressarem livremente as suas ideias.

Após a realização das entrevistas, fizemos a análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2002), *“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*.

2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise da informação é o processo de pesquisa e organização sistemática da mesma, com o objectivo de a compreender e apresentar aos outros aquilo que se encontrou. A análise envolve o trabalhar da informação, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que deve ser transmitido aos outros (Bogdan e Biklen, 1994).

Segundo Yin (1989), o tratamento da informação, propriamente dito, consiste na etapa mais difícil e exigente da pesquisa qualitativa, porque as estratégias e técnicas de análise apresentam uma diversidade muito grande.

À medida que fomos realizando as entrevistas gravadas em fita magnética, fomos fazendo a sua transcrição fiel para suporte informático, o que se veio a revelar uma tarefa

árdua por se tornar muito cansativo ouvir as entrevistas repetidas vezes até as conseguir transcrever.

Apesar da decisão estratégica de transcrever a totalidade das narrativas se ter revelado difícil, esta foi feita em consciência, com o sentido de que isso nos permitiria ter um conhecimento prévio e geral do seu conteúdo. Os entrevistados, em número de oito, foram identificados com maiúsculas do abecedário, “A” e “B” porque eram apenas dois elementos de cada serviço e os serviços com números de 1 a 4, correspondendo o 1 ao serviço de Cirurgia, o 2 a Especialidades, o 3 a Medicina e o 4 a Ortopedia, para que ficassem devidamente identificados na grelha de análise de conteúdo, como podemos verificar no Anexo III.

O *corpus* de cada uma das entrevistas foi identificado, no cabeçalho, com o nome do serviço entrevistado e respectiva letra atribuída, a data e local em que esta ocorreu e o período de duração da mesma (Bogdan e Biklen, 1994).

Para além destes dados, decidimos acrescentar algumas características dos entrevistados que nos vão servir para fazer a caracterização sócio-profissional dos enfermeiros entrevistados, ou seja, da nossa amostra.

Assim, de cada entrevistado obtivemos os seguintes dados: sexo, idade, formação profissional, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício no serviço em anos e área de actuação.

Terminada a transcrição das entrevistas, confrontámo-nos com o *corpus* constituído pelas narrativas dos oito actores entrevistados.

Ainda que os investigadores tenham à sua disposição um variado leque de estratégias de análise da informação de natureza qualitativa, à luz da filosofia de Ricoeur (1991), na qual nos procurámos fundamentar nesta investigação, não deve haver um só método para trabalhar com análise das narrativas, podendo-se recorrer à análise estrutural, à análise temática ou ainda à análise semântica (Ricoeur 1991). Neste contexto, atendendo ao objecto de estudo da nossa investigação, entendemos que os dados colhidos seriam passíveis de um tratamento relevante com base na análise de conteúdo temática das narrativas dos entrevistados, já sustentada na perspectiva da sua função heurística, segundo a qual a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta (Bardin, 2002).

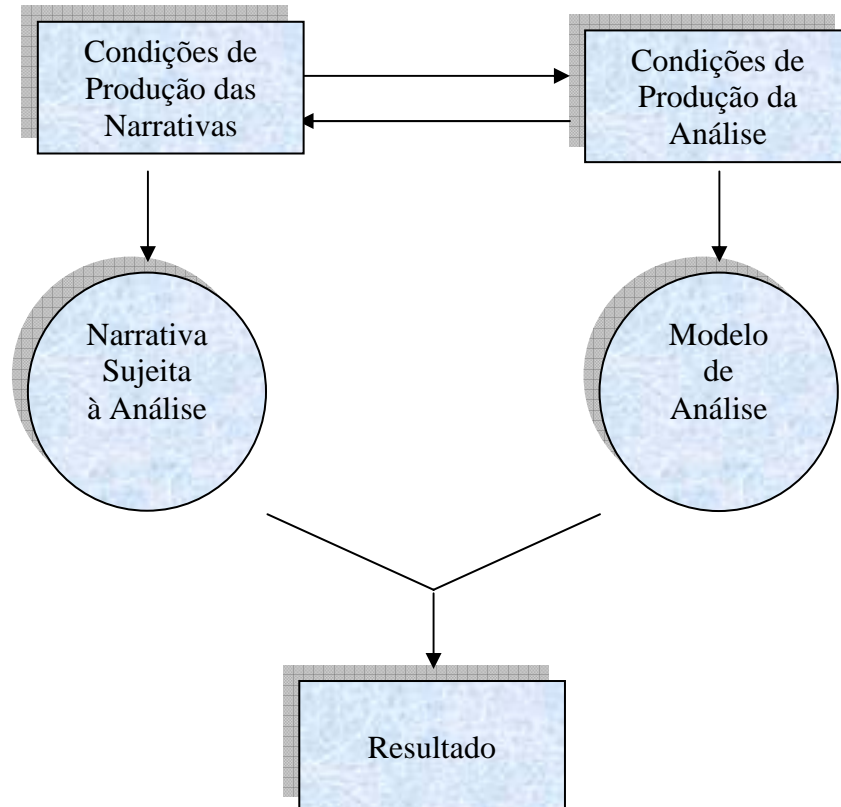
A análise de conteúdo não é um método, ou seja, não é a “*marcha racional da inteligência para chegar ao conhecimento da verdade*” (Machado, 1981), mas sim uma

técnica de tratamento de informação. Por técnica entendemos toda a parte propriamente mecânica indispensável para o exercício da arte (Machado, 1981).

“Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica” (Vala, 2003). Por sua vez, Bardin (2002) considera *“a análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações... é um instrumento marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”*. Neste contexto, de acordo com o autor, torna-se extremamente difícil definir o que é análise de conteúdo, a partir do seu território, visto que tudo o que é comunicação parece passível de análise. Assim, a técnica, se adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento (Bardin, 2002).

Face a esta conjuntura, partimos para a análise de conteúdo das narrativas, seguindo o esquema proposto na Figura 3.

Figura 3: Procedimentos da análise de conteúdo



Fonte: Adaptado de Vala (2003).

Ao determinar qual o percurso a seguir na orientação da pesquisa, relativamente à análise de conteúdo, tomámos como referência um conjunto de operações propostas por Vala (2003) consideradas, pelo mesmo, como indispensáveis qualquer que seja a orientação tomada pelo investigador:

Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa

Tal como deve acontecer na investigação empírica, esta constituiu a primeira etapa do nosso processo, pois foi fundamental ter um conjunto de referenciais teóricos e objectivos que sustentasse a investigação e a própria análise de conteúdo.

Constituição de um *corpus*

Todas as narrativas dos nossos entrevistados foram recolhidas com vista à sua análise. Neste sentido, o *corpus* da nossa análise é constituído pelo conjunto das narrativas das práticas de enfermagem dos oito entrevistados.

Nesta fase, após uma leitura flutuante, fizemos uma leitura integral e repetida das narrativas, portanto uma leitura mais cuidada. Destas leituras emergiu a necessidade de colocar o discurso produzido pelos narradores sob uma forma mais inteligível e de mais fácil abordagem, de modo a conservar apenas tudo o que nele é pertinente, e nada mais. Isto pressupôs, da nossa parte, enquanto investigadores, um conjunto de juízos e uma intervenção baseada no nosso quadro conceptual e objectivos da investigação. Com este procedimento obtivemos um resumo das narrativas resultante do isolamento daquilo que nos interessava em cada uma delas, o que, sob uma forma mais cómoda, nos permitiu uma análise mais granulada na definição de categorias (Ghiglione e Matalon, 2001).

De seguida, dividimos o *corpus* pelos blocos temáticos previamente definidos, pois sentimos que seria uma forma mais fácil de organizar o nosso raciocínio. Fizemos então a leitura por blocos temáticos, para, depois entrarmos na categorização.

Definição de categorias

Segundo Vala (2003), a categorização é uma tarefa que visa a redução da complexidade, a estabilização, a identificação, ordenação e atribuição de um sentido. Para este autor, a categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a

significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o seu campo semântico.

Estamos em condições de dizer que na nossa pesquisa a técnica de análise de conteúdo usada foi auto geradora dos resultados (Ghiglione e Matalon, 2001; Vala, 2003), ou seja, os pressupostos teóricos não orientaram a construção do sistema de categorias, tendo este sido definido a posteriori. O nosso juízo face à inclusão de um determinado segmento de texto numa categoria pressupõe que tivéssemos detectado no mesmo, indicadores relativos a essa categoria. Estes indicadores passam a constituir conceitos através da atribuição de sentido, sendo importante verificar a sua validade (Vala, 2003). Assim, do discurso que constituiu o *corpus* de análise das narrativas dos oito entrevistados, emergiu um conjunto de categorias em função de cada domínio em estudo (Quadro 6).

A partir destes procedimentos de análise e interpretação da informação elaborámos grelhas de análise, onde constam os diferentes domínios e respectivas categorias identificadas, face a cada um desses domínios, conforme podemos verificar no Quadro 6. Nestas grelhas podemos ainda encontrar unidades de contexto, ou seja, os segmentos de conteúdo, que identificámos ao examinar as unidades de registo, que os colocavam em determinadas categorias (Vala, 2003).

Quadro 6: Domínios e categorias identificados na análise de conteúdo

DOMÍNIO	CATEGORIAS
- Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço.	<ul style="list-style-type: none">- Processo de admissão/ acolhimento.- Suporte documental.- Formação específica sobre admissão de doentes.- Supervisão das práticas de admissão dos doentes.- Inclusão da família/ pessoa significativa no processo.- Justificação para adopção dessas práticas.- Responsabilidade e participação do enfermeiro chefe/ coordenador.

Quadro 6: Domínios e categorias identificados na análise de conteúdo (continuação)

DOMÍNIO	CATEGORIAS
- Representações sobre a avaliação das necessidades do utente internado no serviço.	<ul style="list-style-type: none">- Processo de avaliação das necessidades do utente.- Consideração pelo diagnóstico clínico.- Envolvimento do utente.- Envolvimento da família/pessoa significativa.- Suporte documental para identificação de necessidades.- Adopção de medidas especiais para avaliações das necessidades de doentes “especiais” (idosos, deficientes, etc).
- Representações sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente.	<ul style="list-style-type: none">- Opinião sobre a utilidade do plano de cuidados.- Plano de cuidados escrito.- Como é ou deveria ser elaborado.- O utente é envolvido no plano.- Como é feita a actualização do mesmo.
- Representações sobre implementação de cuidados e tratamento.	<ul style="list-style-type: none">- Implementação de cuidados e tratamento.- Responsabilidade de implementação do plano.- Registo rigoroso dos cuidados prestados.- Onde é que faz esse registo.- É datado e assinado.- Local onde guarda o plano.- Local onde arquiva o plano.- Considera que o local é seguro.
- Representações sobre a avaliação de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">- A avaliação dos cuidados prestados.- A avaliação é feita individualmente ou em equipa.- Regularidade com que é feita avaliação.- Os doentes têm acesso a uma segunda opinião se solicitado.

Quadro 6: Domínios e categorias identificados na análise de conteúdo (continuação)

DOMÍNIO	CATEGORIAS
- Representações sobre a política relativa à saída/ alta de um serviço.	<ul style="list-style-type: none">- Procedimentos quando um doente tem saída/ alta do serviço.- Existe um procedimento documentado para a saída/ alta do serviço.- Localização temporal de início do processo.- Documentação que acompanha o doente no momento da alta.- Contacto directo com a unidade de saúde mais próxima do doente, como garantia da continuidade de cuidados.

Mais uma vez, entendemos que o método escolhido foi criador de resultados, pois como encontrámos muitas unidades de registo inseridas em cada categoria, entendemos que se criássemos subcategorias, isso não só nos facilitaria o trabalho de análise, como também diminuiria as probabilidades de erro, o que de algum modo valida os resultados.

Como podemos verificar na grelha de análise de conteúdo (Anexo III) e nas tabelas de apresentação dos resultados (Tabelas 8 a Tabela 41), para a identificação das subcategorias optámos por denominações que facilitassem a identificação dos conteúdos que incluíam.

Definição de unidades de registo

Também com base nos objectivos e problemática teórica que orientaram a nossa investigação procedemos à definição de unidades de contexto ou de registo que constituem “*o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria*” (Vala, 2003).

Na identificação das unidades de registo, optámos por transcrever as denominações correspondentes às expressões utilizadas pelos entrevistados, utilizámos mesmo os segmentos de texto do *corpus* das narrativas.

Em todos estes procedimentos, à luz da filosofia de Ricoeur (1991), no decurso da análise repetida das narrativas, recorremos à nossa sensibilidade e capacidade crítico-

reflexiva para compreender o seu conteúdo, a ideologia e a própria narrativa. Assim, à medida que fomos analisando as narrativas, foi-se alterando e ampliando a nossa compreensão sobre as mesmas.

Com o grande rigor científico que procurámos colocar nos nossos procedimentos foi concluído o modelo de análise, o qual se veio a traduzir numa grelha de análise, onde podemos observar as categorias identificadas do Quadro 6, as subcategorias e unidades de registo correspondentes, identificadas com a letra correspondente ao entrevistado e o número correspondente ao serviço, como podemos observar no Anexo III.

Estas unidades de contexto, enquanto segmentos de conteúdo das narrativas dos diferentes actores podem ser identificados como A1, B1, A2, B2, A3, B3, A4 e B4, respectivamente.

No que respeita à verificação da validade interna, apoiámo-nos no mesmo autor, quando ao terminar a identificação das categorias da análise nos assegurámos da sua exaustividade, ou seja, todas as unidades de registo podiam ser alocadas a uma categoria; e da sua exclusividade, ao validar que a mesma unidade de registo só pertencia a uma categoria, conforme podemos verificar no Quadro 6.

Processo de validação da análise

A análise qualitativa dos dados é frequentemente associada a subjectividade. Por esse motivo, privilegiamos neste estudo, e de acordo com Huberman e Miles (1991), a explicitação e o rigor. Segundo os mesmos autores, a análise de conteúdo desenvolve-se numa perspectiva intersubjectiva para validação dos resultados dos estudos qualitativos.

Por perspectiva intersubjectiva entendemos a subjectividade da análise de um investigador, submetida à subjectividade de um segundo investigador como forma de validação dos resultados encontrados.

Neste estudo, durante a análise de dados, solicitamos a colaboração de outra investigadora, professora na Escola Superior de Saúde de Coimbra, para determinar se houve distorções na identificação das categorias e subcategorias, e posteriormente recorremos a dois entrevistados para validação dos resultados e da análise interpretativa dos dados. Estes manifestaram o seu acordo, não tendo sugerido qualquer alteração. Evidencia-se, também, que as conclusões do estudo não são generalizáveis a outros sujeitos ou contextos, embora permitam o aumento do conhecimento nesta área e o

fornecimento de pistas para novos estudos. Depois de todo o percurso de opções metodológicas e recolha de dados, apresentamos no capítulo seguinte os resultados e a análise, que foram organizadas por blocos temáticos.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A presente investigação está centrada no estudo de um caso, sobre as práticas de enfermagem num hospital, cuja problemática desenvolvida fez emergir os grandes blocos temáticos em estudo. Estes blocos constituem o eixo fulcral desta investigação, a qual pretende trazer contributos para a definição de uma política de melhoria das práticas de enfermagem dentro da instituição.

A metodologia utilizada procurou colocar em evidência as narrativas dos entrevistados relativamente às dimensões em estudo, o que tornou possível a compreensão das suas representações sobre as práticas de enfermagem e os referenciais implícitos da prática de cada um. Da compreensão das narrativas emergiram categorias em análise, relativamente aos domínios em estudo.

A identificação destas categorias foi feita à luz da análise de conteúdo das narrativas, donde surgem segmentos de texto interpretados como unidades de registo, resultante da relação dinâmica entre as condições de produção das narrativas a analisar e as condições de produção da análise.

Do ponto de vista das narrativas, entendemos que estas devem ser compreendidas enquanto fortemente influenciadas pelo contexto das práticas, a formação e saberes dos entrevistados bem como das representações que estes têm sobre as práticas profissionais.

Neste estudo procurámos identificar as melhores práticas utilizadas nos serviços de internamento de adultos de um hospital, aplicando o processo de *benchmarking* das práticas. Procurámos, também, identificar áreas para melhoria, bem como conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para adoptar essas práticas, para que futuramente a instituição possa utilizar este estudo para fazer prosseguir o processo de *benchmarking* para a fase de aplicação das melhores práticas aos outros serviços.

Para delimitação do estudo, aplicámos o *benchmarking* métrico, pois conseguimos com este identificar as áreas em que todos os serviços já cumprem determinados critérios, que podem ser eliminados deste processo, uma vez que já são aplicadas práticas de qualidade.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços contemplados neste estudo são: serviço de Cirurgia a que atribuímos o número de identificação 1, serviço de Especialidades com o número 2, serviço de Medicina com o número 3 e serviço de Ortopedia com o número 4.

Os serviços de Cirurgia e Medicina localizam-se no 1º piso, são dotados de vinte e oito e vinte e duas camas, respectivamente, para doentes do sexo masculino e feminino.

Os serviços de Especialidades e Ortopedia localizam-se no 2º piso, são dotados de dezasseis e vinte e seis camas, respectivamente, tal como os anteriores, para doentes do sexo masculino e feminino.

A título de exemplo, no Quadro 7, apresentamos alguns dados estatísticos indicadores de produtividade destes serviços.

Quadro 7: Indicadores de produtividade dos serviços em estudo

Serviços	Doentes saídos		Taxa ocupação		Demora média	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Cirurgia	1.106	914	76 %	84 %	5.81	7.46
Especialidades	978	776	60 %	61 %	2.91	3.71
Medicina	963	910	69 %	72 %	7.29	8.06
Ortopedia	882	838	87 %	83 %	9.50	9.46

Recursos humanos

As equipas médicas são dotadas de quatro elementos da respectiva especialidade, sendo um director do serviço, à excepção do serviço de Especialidades que é composto por dois cardiologistas, dois oftalmologistas e um fisiatra, dado que o serviço engloba as três especialidades, como o próprio nome indica.

As equipas de enfermagem actualmente são constituídas por uma enfermeira chefe, um enfermeiro especialista e catorze enfermeiros de nível 1, no serviço de Ortopedia; dezasseis no serviço de Medicina; dez no serviço de Especialidades e doze no serviço de Cirurgia. Os enfermeiros têm um regime de trabalho de trinta e cinco horas semanais sendo distribuídos por turnos da seguinte forma: quatro no turno da manhã (08-16), dois no turno da tarde (16-24) e um no turno da noite (24-8), à excepção do serviço de Especialidades, onde, ficam dois elementos de manhã, um de tarde e um de noite. Os restantes elementos

das equipas ficam a gozar os dias de descanso semanal a que têm direito. Em todos os serviços trabalha um enfermeiro chefe e um especialista que distribuem o horário de 35 horas pelos dias úteis das 08 às 16 horas.

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por cinco elementos no serviço de Especialidades, oito no serviço de Medicina, sete no serviço de Cirurgia e sete no serviço de Ortopedia. Têm um regime de trabalho de trinta e seis horas semanais, sendo distribuídos dois no turno da manhã, um no turno da tarde e um no turno da noite, à excepção do serviço de Especialidades em que é um por turno, ficando os restantes dias a gozar o descanso semanal, tal como os enfermeiros.

A admissão de doentes nos serviços de internamento faz-se através de uma das seguintes formas:

- 1- Serviço de urgência: os doentes admitidos no serviço de urgência em que o médico da respectiva especialidade considera a necessidade de internamento e contacta o enfermeiro de serviço.
- 2- Consulta externa: em que o médico após observação do doente verifica ser necessário o seu internamento, procedendo de igual modo ao referido no número anterior.
- 3- Internamento programado: nas situações em que os doentes necessitam de tratamentos repetidos e é comunicada previamente a data do internamento ou em caso de cirurgia programada.

Como este estudo se debruça sobre as práticas de enfermagem, dentro da população desta instituição escolhemos uma amostra de oito enfermeiros, por conveniência, sendo dois de cada serviço, como justificámos em capítulo próprio.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tendo em conta os objectivos do estudo, a selecção dos participantes incidiu sobre dois enfermeiros de cada serviço, como já explicámos oportunamente, mas devemos acrescentar que, a certa altura do estudo, pensámos que esta amostra era muito reduzida, o que nos poderia limitar nas nossas conclusões. Entrevistámos, então, mais dois elementos, mas os dados tornaram-se repetitivos. Tendo em atenção os objectivos do trabalho, não

encontrámos mais valia na entrevista de mais elementos, pelo que decidimos ficar com a amostra inicial.

Passando então à caracterização da amostra, como podemos observar na Tabela 1, dos oito elementos entrevistados, apenas um é do sexo masculino, o que vai de encontro às estatísticas apresentados pela Ordem dos Enfermeiros, que apresenta uma população maioritariamente feminina com 81%, contra 19% do sexo masculino. Embora sendo uma população maioritariamente feminina, pensamos que o sexo não vai influenciar grandemente a qualidade das práticas de enfermagem.

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados por serviço e sexo

Serviço	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Cirurgia	2	-	2
Especialidades	2	-	2
Medicina	2	-	2
Ortopedia	1	1	2
Total	7	1	8

Relativamente à idade dos enfermeiros, pela análise da Tabela 2, verificamos que as idades estão compreendidas num intervalo de 27 a 42 anos, sendo a média de idade de 34,75 anos. No serviço de Ortopedia verificamos algum desvio da média, pois foram entrevistados dois enfermeiros com idades inferiores às dos enfermeiros dos outros serviços. Embora estejam dentro dos limites, nenhum destes tem idade superior ou igual a quarenta anos. As razões da escolha destes elementos residem no facto de não ser o chefe a responder ao questionário pelas razões já evocadas.

Esta média de idades não se desvia muito da apresentada pela Ordem dos Enfermeiros, que refere que a média de idades dos enfermeiros é de 36,8 anos, sendo que 60% dos enfermeiros têm menos de 41 anos de idades.

A escolha desta amostra foi intencional, pois tentámos encontrar enfermeiros cuja média de idades coincidissem com um bom nível de formação profissional, com algum

tempo de exercício profissional e com tempo de exercício profissional no serviço, pois na nossa opinião, estes são considerados os indicadores favoráveis ao melhor nível de qualidade das práticas de enfermagem.

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados por serviço e idade

Serviço	Idade	Média	Total
Cirurgia	40 e 37	-	2
Especialidades	40 e 31	-	2
Medicina	42 e 27	-	2
Ortopedia	29 e 32	-	2
Total	[27 – 42]	34,75	8

No que concerne à formação profissional, verificamos na Tabela 3, que dos enfermeiros que foram entrevistados, cinco são licenciados e três bacharéis. Isto tem a ver com a evolução da carreira de enfermagem, em que, só no ano 2000, o curso de enfermagem passou a conceder o grau de licenciatura em enfermagem. A legislação prevê que todos os enfermeiros com o grau de bacharel tenham a oportunidade de adquirir a licenciatura até 2006, frequentando o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, criado no âmbito da reestruturação do modelo de formação em enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. Segundo a Ordem dos Enfermeiros este curso *“apresentou-se de maior relevância, quer enquanto promotor da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente da profissão, quer enquanto potenciador do desenvolvimento pessoal...”*.

Entendemos que este indicador tem a sua mais valia na melhoria da qualidade das práticas, não pelo grau académico em si, mas sim, porque obriga os enfermeiros a uma actualização de conhecimentos que de outra forma não adquiririam.

Tabela 3: Distribuição dos entrevistados por serviço e formação profissional

Formação profissional	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Licenciatura	1	1	1	2	5
Bacharelato	1	1	1	-	3
Total	2	2	2	2	8

Relativamente à categoria profissional, podemos verificar na Tabela 4 que a nossa amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros graduados, o que significa que todos têm mais de seis anos de profissão, o que consideramos ser um tempo razoável para adquirir experiência na área da prestação de cuidados, ou seja, para atingir um nível de qualidade das práticas bastante satisfatório. Tendo em conta os objectivos do nosso trabalho, esta é a área que mais nos interessa.

Por outro lado, temos um número significativo, relativamente à amostra, de enfermeiros especialistas a exercerem funções de chefia, o que significa que podem prestar cuidados de enfermagem com um nível elevado de qualidade pois têm formação acrescida para tal, pelo menos na sua área de especialidade.

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados por serviço e categoria profissional

Categoria Profissional	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Chefe	-	-	1	-	1
Especialista a exercer funções de chefia	1	1	-	-	2
Graduado	1	1	1	2	5
Total	2	2	2	2	8

Como refere o critério 13.1 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, “*Toda o pessoal recentemente recrutado participa no programa de integração da organização dentro dum prazo especificado.*” Isto pressupõe que todos os enfermeiros necessitam de um tempo de integração para poder desempenhar as suas funções responsavelmente, só a partir daí é que podem ser responsabilizados pelos seus actos. A partir do momento em que o enfermeiro é considerado integrado no serviço, o nível de qualidade dos cuidados tem tendência a crescer, pois cria mais autonomia profissional.

Quando analisamos a Tabela 5, podemos constatar que o tempo de exercício profissional dos enfermeiros que compõe a amostra, está compreendido num intervalo entre cinco e vinte e três anos, ou seja estes enfermeiros têm um tempo de exercício que por si só, lhes pode garantir experiência profissional suficiente para que possam atingir um bom nível de qualidade das práticas de enfermagem.

Por outro lado, o elemento que atinge o topo do intervalo, ou seja, o que tem vinte e três anos de serviço, ainda não atingiu a fase que se considera de “saturação” de trabalho. Alguns enfermeiros, no final da sua carreira profissional, para além de cansados, não têm a mesma formação dos enfermeiros mais novos, o que pode baixar o nível de qualidade das práticas. A evolução da carreira de enfermagem até atingir a licenciatura, passou por várias fases. Actualmente temos ainda enfermeiros que não atingiram o nível de bacharelato, o que pode influenciar negativamente a qualidade das práticas de enfermagem.

Tabela 5: Distribuição dos entrevistados por serviço e tempo de exercício profissional

Serviço	Tempo de exercício profissional	Total
Cirurgia	19 e 15	2
Especialidades	18 e 9	2
Medicina	23 e 5	2
Ortopedia	8 e 10	2
Total	[5 – 23]	8

Tal como acontece com o tempo de exercício profissional, também na maioria dos casos se observa que a permanência de um enfermeiro durante muitos anos num serviço pode ser prejudicial, pois os profissionais começam a desenvolver as actividades, por rotina. O carácter repetitivo das actividades leva-os a prescindir de formação, criando por vezes, “vícios profissionais”.

Por outro lado, todo o enfermeiro, como qualquer outro profissional, necessita de um tempo de integração no serviço para prestar um bom nível de qualidade das práticas de enfermagem, o que está previsto no critério 13.3 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, que refere: *“Todo o pessoal está sujeito a programas de orientação e integração específicos do serviço”*.

Ora, como podemos verificar na Tabela 6, o tempo de serviço dos enfermeiros inseridos na nossa amostra, está compreendido num intervalo entre três e sete anos, o que entendemos ser o ideal, pois já têm tempo suficiente para estarem bem integrados no serviço e ainda não têm tempo suficiente para criarem “vícios profissionais”.

Tabela 6: Distribuição dos entrevistados por serviço e tempo de exercício no serviço

Serviço	Tempo de exercício no serviço	Total
Cirurgia	7 e 6	2
Especialidades	7 e 4	2
Medicina	6 e 3	2
Ortopedia	4 e 7	2
Total	[3 - 7]	8

Quando analisamos a Tabela 7, relativa à distribuição dos entrevistados por serviço e a principal área de actuação, podemos verificar que pelo menos um enfermeiro de cada serviço pertence à área de prestações de cuidados, ou seja, prestam cuidados directos aos doentes diariamente, o que nos dá uma menor probabilidade de desvio da realidade das práticas.

Tabela 7: Distribuição dos entrevistados por serviço e a principal área de actuação

Área de actuação	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Gestão	1	1	1	0	3
Prestação de cuidados	1	1	1	2	5
Total	2	2	2	2	8

No Quadro 8, apresentamos uma panorâmica geral da caracterização da amostra, para que o leitor consiga ter uma visão global das características dos elementos entrevistados para este estudo.

Quadro 8: Quadro geral de caracterização da amostra

Características	Sexo	Idade em anos	Formação profissional	Categoria Profissional	Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício no serviço	Área de actuação
Cirurgia	F	40	Licenciatura	Especialista a exercer funções de chefia	19	7	Gestão
	F	37	Bacharelato	Graduada	15	6	Prestação de cuidados

Quadro 8: Quadro geral de caracterização da amostra (Continuação)

Características	Sexo	Idade em anos	Formação profissional	Categoria Profissional	Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício no serviço	Área de actuação
Especialidades	F	40	Licenciatura	Especialista a exercer funções de chefia	18	7	Gestão
	F	31	Bacharelato	Graduado	9	4	Prestação de cuidados
Medicina	F	42	Licenciatura	Chefe	23	6	Gestão
	F	27	Bacharelato	Graduado	5	3	Prestação de cuidados
Ortopedia	F	29	Licenciatura	Graduada	8	4	Prestação de cuidados
	M	32	Licenciatura	Graduado	10	7	Prestação de cuidados

Tendo em conta os objectivos do trabalho, em termos globais, julgamos ter conseguido a amostra ideal para a sua realização, pois as características dos elementos da amostra estão uniformemente distribuídas pelos serviços, o que dá igualdade de oportunidade aos serviços. Por outro lado, todos os elementos apresentam características que lhes permitem garantir padrões elevados da qualidade das práticas.

3.3. RESULTADOS DO ESTUDO

Para fazermos a colheita de dados neste estudo de *benchmarking* interno das práticas de enfermagem durante o internamento de um doente (da admissão à alta do doente), num serviço de internamento de adultos de um hospital, aplicámos um questionário para fazer um *benchmarking* métrico, com o objectivo de identificar as áreas onde podem ocorrer melhorias mais significativas e fizemos entrevistas para a colheita de dados no *benchmarking* das práticas.

Assim neste capítulo, apresentamos os dados obtidos no *benchmarking* métrico, em quadros onde mostramos as respostas dos serviços por categoria, para identificarmos as áreas onde podem ocorrer melhorias. De seguida apresentamos, os dados colhidos no *benchmarking* das práticas em tabelas que representam a distribuição das frequências de unidades de registo por serviço, organizados em função das subcategorias e categorias identificadas na análise de conteúdo, para após análise comparativa, identificarmos os serviços com melhores práticas.

Vamos apresentar os dados pela ordem sequencial de categorias, ou seja, da saída até à alta do doente, conforme apresentamos no Quadro 6, que representa os domínios e categorias identificadas na análise de conteúdo.

3.3.1. Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de utentes no serviço

Do questionário que aplicámos aos serviços para fazermos o levantamento dos dados no processo de admissão do doente retirámos os resultados que podemos observar no Quadro 9, que elaborámos para facilitar a análise e comparação dos resultados do *benchmarking* métrico.

Através da análise geral do referido quadro, podemos observar que o critério 20.18 que refere: “*Os acompanhantes/ parentes mais próximos são informados da admissão, caso o doente/ utente concorde.*” é cumprido por todos os serviços, logo esta é uma área em que não devemos esperar melhoria significativa. O mesmo sucede com o critério 20.13.2 que refere “*O procedimento é divulgado a referenciadores*”. Verificamos que não é cumprido por nenhum serviço, pelo que ninguém pode aprender com os outros porque estão todos ao

mesmo nível. Logo, no processo de *benchmarking* das práticas, não deve ser aplicado às práticas de enfermagem referenciadas por estes critérios.

As áreas onde poderão ocorrer melhorias significativas são as áreas onde identificamos um único serviço que cumpre este critério, pois todos os outros serviços podem aprender com esse. É o caso do critério 20.13.1, relativo à divulgação do procedimento a doentes/ utentes e acompanhantes, em que só o serviço de Medicina é que cumpre e do critério 20. 17, que se refere à existência de um procedimento normalizado para a admissão dos doentes que só é cumprido pelo serviço de Ortopedia.

Outra área em que podem ocorrer melhorias, mas menos significativas, é na que diz respeito ao critério 20.12 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que refere “*Existe um procedimento documentado e actualizado para admissão no serviço, que está de acordo com a política de admissão da organização*”. O serviço de Medicina cumpre-o parcialmente, pelo que poderia ensinar aos outros alguma coisa.

No que concerne ao critério 20.16 do referido manual, que refere “*A responsabilidade última pelos cuidados de enfermagem ou outros, prestados a cada doente/ utente é atribuída a um dos enfermeiros mais graduados do serviço*”, é cumprido por todos, mas o serviço de Medicina cumpre parcialmente, pelo que pode aprender algo com os outros serviços.

Numa análise inicial do Quadro 9, podemos ainda verificar que todos os serviços estão sensivelmente no mesmo padrão de desempenho, pois os serviços de Cirurgia e Especialidades respondam afirmativamente a dois critérios, o serviço de Medicina, para além de cumprir dois critérios, tem mais dois que cumpre parcialmente e o serviço de Ortopedia respondeu que cumpre três critérios, o que revela que está num padrão de qualidade sensivelmente superior. Até porque, dos critérios cumpridos no serviço de Ortopedia, dois são classificados de critérios “B” ou seja critérios que revelam “boa prática”, o que o coloca acima da prática indispensável.

Quadro 9: *Benchmarking* métrico da admissão do doente no serviço

Norma 20: Admissão do doente no serviço – Os doentes/utentes dispõem de um programa planeado de admissão e é assegurada a continuidade de cuidados.					
CRITÉRIOS		Sim / Não / Parcial			
Admissões		Cir.Esp.Med.Ort.			
20.12 !*:! A	Existe um procedimento documentado e actualizado para admissão no serviço, que está de acordo com a política de admissão da organização.	N	N	P	N
20.13 !*:! B	O procedimento é divulgado a:				
20.13.1 !*:! A	doentes/ utentes e acompanhantes,	N	N	S	N
20.13.2 !*:! A	referenciadores.	N	N	N	N
20.16 !*:! A	A responsabilidade última pelos cuidados de enfermagem ou outros, prestados a cada doente/ utente é atribuída a um dos enfermeiros mais graduados do serviço.	S	S	P	S
20.17 !*:! B	Existe um procedimento normalizado de admissão.	N	N	N	S
20.18 !*:! B	Os acompanhantes/ parentes mais próximos, são informados da admissão, caso o doente//utente concorde.	S	S	S	S

Com os dados colhidos no *benchmarking* métrico, podemos identificar as áreas para melhoria. Passamos agora a apresentar a Tabela 8, que nos revela os dados colhidos para o *benchmarking* das práticas, através da entrevista à nossa amostra.

Na referida tabela, podemos observar a distribuição das frequências das unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do processo de admissão do doente onde podemos verificar que na categoria “*processo de admissão/ acolhimento*”, identificámos treze subcategorias. Podemos também verificar que todos os serviços focaram entre dezoito a vinte e uma unidades de registo, com excepção do serviço de Medicina que só registou sete.

Das treze subcategorias, a que teve mais unidades de registo foi a “*apresentação do serviço*” com quinze, seguida da “*apresentação da unidade*” com catorze e da “*informação ao doente*” com dez unidades de registo.

Estes dados revelam que existe grande preocupação dos enfermeiros nestas áreas, no entanto existem outras que são contempladas com uma única unidade de registo, como o “*planeamento da admissão*” em que o entrevistado refere “...a programação da admissão é feita com o médico e com o enfermeiro chefe ou responsável ou com o coordenador que estiver no serviço”, A3, “*identificação do doente*” em que o entrevistado refere “*Faz-se a identificação do doente ...*”B4, “*apresentação dos outros doentes*” em

que o entrevistado refere “*é-lhe apresentado... os outros doentes...*” A1 e “*Estimular a participação do doente*” em que o entrevistado refere “*...mas pedir também a colaboração deles, ...*” A4. Estas unidades de registo são as que marcam a diferença, porque são consideradas pelo Manual da Acreditação dos Hospitais 2000 como boas práticas e há um único enfermeiro que as desenvolve.

Podemos então concluir que embora não encontrássemos um serviço que evidencie melhores práticas relativamente ao processo de admissão de doentes, identificámos subcategorias que, por si só, são uma mais valia para a elaboração de um procedimento que, aplicado uniformemente a todos os serviços, pode contribuir para a melhoria das práticas, embora o serviço com mais benefícios fosse o serviço de Medicina uma vez que foi onde conseguimos identificar menos unidades de registo. Para fundamentar esta ideia, podemos apresentar o critério 20.12 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que refere: “*Existe um procedimento documentado e actualizado para admissão no serviço, que está de acordo com a política de admissão da organização*” a que, como podemos verificar na Tabela 8, só o serviço de Ortopedia respondeu que cumpria parcialmente.

Tabela 8: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do processo de admissão do doente

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Planeamento da admissão	-	-	1	-	1
Apresentação pessoal	-	1	-	1	2
Identificação do doente	-	-	-	1	1
Apresentação do serviço	4	3	3	5	15
Apresentação da unidade	4	9	1	-	14
Apresentação dos outros doentes	1	-	-	-	1
Referência à equipa e seu funcionamento	2	-	-	-	2
Referência ao funcionamento do serviço	2	2	-	3	7
Práticas definidas nas normas de admissão	-	-	1	4	5
Informações ao doente	2	6	-	2	10
Informação à família	2	-	1	-	3
Estimular a participação do doente	-	-	-	1	1
Mostrar disponibilidade e relação de ajuda	1	-	-	2	3
Total	18	21	7	19	65

Como podemos observar na Tabela 9, relativamente à categoria do suporte documental, apenas o serviço de Ortopedia utiliza sempre. Os serviços de Medicina e Cirurgia, por vezes não o utilizam e o serviço de Especialidades nunca o utiliza.

Identificamos, então, como tendo melhores práticas, o serviço de Ortopedia, que serve de exemplo para todos os outros serviços no sentido de melhorar suas práticas.

Esta informação é coincidente com os dados colhidos no *benchmarking* métrico Quadro 9, relativamente ao critério 12. 17, do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, em que todos os serviços respondem negativamente, excepto o serviço de Ortopedia.

Tabela 9: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do suporte documental.

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Utiliza suporte documental	1	-	1	2	4
Utiliza suporte documental algumas vezes	1	-	-	-	1
Não utiliza suporte documental	-	2	1	-	3
Total	2	2	2	2	8

Quando observamos a Tabela 10, relativa à formação específica para fazer o acolhimento do doente no serviço, verificamos que só existem dois elementos que não têm formação nesta área.

Embora esta questão não faça parte dos critérios do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 aplicados neste trabalho, o critério 13.10, refere que “*O pessoal do serviço recebe formação contínua e de actualização relevante para o serviço*”, pelo que colocámos esta questão no guião da entrevista, pressupondo que a falta de formação nesta área poderia ser uma das causas da não aplicação deste critério, o que viemos a confirmar. Verificamos que, em oito elementos entrevistados dois não tinham formação, pelo que concluímos que estes enfermeiros tomam estas atitudes porque não têm conhecimentos para tal. Entendemos então, que, antes de aplicar o processo de melhoria das práticas, se

deve dar formação aos enfermeiros nesta área. Aqui identificámos os serviços de Medicina o Ortopedia como os que desenvolvem as melhores práticas.

Tabela 10: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da formação específica

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Com formação específica	1	1	2	2	6
Sem formação específica	1	1	-	-	2
Total	2	2	2	2	8

Quando observamos a Tabela 11, podemos verificar que só o serviço de Ortopedia respondeu afirmativamente quando questionado sobre a supervisão das práticas de adopção de suporte documental no processo de admissão do doente no serviço. Pelo facto o identificamos como detentor das melhores práticas.

Se cruzarmos esta informação com os resultados do Quadro 18 relativo ao suporte documental, verificamos que o serviço de Ortopedia é o único que respondeu afirmativamente quanto à utilização de suporte documental, pelo que podemos deduzir que a supervisão das práticas influencia a atitude dos enfermeiros na utilização de suporte documental.

Na subcategoria “*com supervisão das práticas*”obtivemos as seguintes unidades de registo:

“ ...quando está a chefe ela tem esses cuidados de verificar se nós fazemos essa admissão.”B3

“A enfermeira chefe do serviço...costuma fazer uma avaliação costuma ver se estamos a fazer um bom preenchimento da folha de colheita de dados... incluindo alguns aspectos que possam estar menos bem.” A4

Estas afirmações revelam que os elementos da equipa entendem que a supervisão tem aspectos positivos.

Mas se verificarmos as unidades de registo relativas à subcategoria “*sem supervisão das práticas*”, tais como:

“*Não existe supervisão de uma pessoa específica que vá de certa maneira averiguar da correcção ou da não correcção dos procedimentos...*” A1

“*Não, acho que estamos todos despertos para isso e não precisamos...*” B1

“*...não, só se estiver algum colega que esteja a prestar atenção, ...*” B2

“*Não. ...não sendo confirmado depois se todos os procedimentos estão correctamente executados*” A3

“*...tem a ver com a falta de elementos de enfermagem.*” A3

“*...e por falta da não normalização desse procedimento.*” A3

Se analisarmos as unidades de registo acima referidas, com excepção de B1, todos os enfermeiros apontam a falta de supervisão das práticas como aspecto negativo, revelando, de certo modo, insatisfação relativamente a esse aspecto. Isto pode influenciar negativamente a atitude dos enfermeiros na utilização de suporte documental.

Tabela 11: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da supervisão das práticas

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Com supervisão	-	-	1	2	3
Sem supervisão	2	2	1	-	5
Total	2	2	2	2	8

O critério 20.18, do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, refere “ *Os acompanhantes/ parentes mais próximos, são informados da admissão, caso o doente/utente concorde.*”

Observando a Tabela 12, verificamos que todos os serviços incluem frequentemente a família ou pessoa significativa no processo de admissão de doente, o que consideramos uma resposta positiva, pois salvaguarda os casos em que o doente não

concorda, o que segundo o referido manual, corresponde à boa prática. No entanto, verificamos que um dos elementos entrevistados no serviço de Ortopedia refere que só casualmente inclui a família no processo de admissão de doentes, o que à partida, é uma atitude menos frequente, pelo que consideramos que o serviço de Ortopedia pode melhorar as suas práticas.

Se compararmos estes dados com os que observamos no Quadro 9, relativo ao *benchmarking* métrico, mais concretamente o critério 20.18 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, verificamos que todos os serviços respondem afirmativamente no que concerne a esta questão.

Tabela 12: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de inclusão da família/ pessoa significativa

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Frequentemente inclui a família/ pessoa significativa no processo	2	2	2	1	7
Casualmente inclui a família/ pessoa significativa no processo	-	-	-	1	1
Total	2	2	2	2	8

Relativamente à Tabela 13, podemos verificar que foram detectadas três subcategorias justificativas de adopção da prática de incluir ou não a pessoa significativa no processo de admissão do doente, das quais duas são consideradas por qualquer processo de melhoria da qualidade como positivas, uma vez que pressupõem a satisfação do cliente, tal como “*Filosofia/ politica de serviço*” e “*Questões relacionadas com o doente*”, enquanto que a terceira que refere “*questões pessoais*”, já não é considerada positiva. Verificamos, que todos os serviços têm elementos com atitudes positivas, embora

possamos identificar o serviço de Ortopedia como o serviço com melhores práticas, uma vez que identificámos mais unidades de registo integradas nas subcategorias consideradas positivas.

Tabela 13: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de justificação para adopção das práticas de inclusão da pessoa significativa no processo de admissão do doente

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Filosofia/ política de serviço	2	2	-	5	9
Questões relacionadas com o doente	1	-	2	4	7
Questões pessoais	2	1	-	-	3
Total	5	3	2	9	19

Embora o Manual de Acreditação para Hospitais 2000 não apresente nenhum critério que se refira à responsabilidade e participação do enfermeiro chefe/ coordenador propriamente ditas, entendemos introduzir esta questão na entrevista porque o critério 20.16 refere “A responsabilidade última pelos cuidados de enfermagem ou outros, prestados a cada doente/ utente é atribuída a um dos enfermeiros mais graduados do serviço.” Ora como o enfermeiro chefe é o enfermeiro mais graduado do serviço, pensamos que sabendo qual a responsabilidade e participação do enfermeiro chefe/ coordenador no processo de admissão de doentes poderíamos tirar algumas conclusões.

Ao analisarmos a Tabela 14, que se refere à responsabilidade do enfermeiro chefe no processo de admissão do doente no serviço, encontramos quatro unidades de registo, das quais duas são da área da gestão, nomeadamente “*Gestão do processo*” e “*Supervisão do processo*”, outras duas pertencem à área da prestação de cuidados, que são: “*Execução do processo*” e “*Elo de ligação com a família*”, pelo que percebemos que alguns enfermeiros chefes desempenham actividades da área de gestão e da área da prestação de

cuidados. Um dos serviços justifica este facto dizendo que a equipa tem um número de enfermeiros que, frequentemente não cobre as dotações de pessoal, o que faz com que o enfermeiro chefe tenha que actuar nas duas áreas. No outro serviço, a única justificação que encontramos é que a enfermeira que está a exercer funções de chefia não pertence a essa categoria, pois é enfermeira especialista, facto que pode criar algum problema na definição de funções.

Entendemos, no entanto, que, dentro do normal funcionamento da equipa, se o enfermeiro chefe exerce funções na área da prestação dos cuidados, pode pôr em causa as funções da área de gestão, o que vai de encontro aos resultados encontrados na Tabela 11 relativa à supervisão das práticas. Verificamos na referida tabela que, efectivamente, são os enfermeiros entrevistados nos serviços de Cirurgia e de Especialidades que referem não haver supervisão das práticas de enfermagem, o que pode influenciar a atitude dos enfermeiros nas práticas de enfermagem. Por tudo isto, identificámos Ortopedia como o serviço com melhores práticas, pois é o único que tem três unidades de registo integradas nas categorias identificadas como pertencentes à área da gestão.

Tabela 14: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da responsabilidade e participação do Enfermeiro Chefe/ Coordenador

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Gestão do processo	1	1	1	2	5
Supervisão do processo	-	-	-	1	1
Execução do processo	2	2	-	-	4
Elo de ligação com a família	-	-	1	-	1
Total	3	3	2	3	11

Se cruzarmos toda a informação obtida sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de doentes, verificamos que o serviço que apresenta práticas que estão mais de acordo com as normas apresentadas no Manual de Acreditação para Hospitais 2000 é o serviço de Ortopedia, como podemos observar no Quadro 10.

Quadro 10: Cruzamento de toda a informação sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de doentes por serviço

Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia
Processo de admissão	18 unidades de registo	20 unidades de registo	9 unidades de registo	19 unidades de registo
Suporte documental	Algumas vezes	Nunca	Algumas vezes	Sempre
Formação específica	1 – Sim 1 - Não	1 – Sim 1 - Não	Todos têm	Todos têm
Supervisão das práticas	Não	Não	1 – Sim 1 - Não	Sim
Inclusão da família	Frequente	Frequente	Frequente	1 – Frequente 1 - Casual
Justificação para adopção das práticas	2 – Serviço 1 – Doente 2 - Pessoal	2 – Serviço 1 - Pessoal	2 – Doente	2 – Serviço 1 – Doente
Responsabilidade do enfermeiro chefe (área)	1 – Gestão 1 – Prestação de cuidados	1 – Gestão 1 – Prestação de cuidados	1 – Gestão 1 – Elo de ligação com a família	2 – Gestão 1- Supervisão do processo

3.3.2. Representações sobre a avaliação das necessidades dos utentes internados no serviço

Da análise do Quadro 11, que adoptámos para a recolha da informação sobre a avaliação das necessidades dos doentes para o *benchmarking* métrico, verificamos que o serviço que adopta melhores práticas é o serviço de Cirurgia, pois responde afirmativamente a todos os critérios do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, com excepção do critério 21.3 que refere que os doentes/ utentes têm acesso ao resumo e recomendações da sua avaliação e é-lhes permitido discuti-los com o pessoal. Todos os outros serviços respondem que cumprem vários critérios, sendo bastantes os que são cumpridos parcialmente, pelo que o serviço de Cirurgia se destaca dos outros.

No *benchmarking* métrico identificamos também que todos os serviços cumprem o critério 21.2.4, que refere que as avaliações são efectuadas por pessoal apropriadamente qualificado, pelo que o podemos identificar como área em que não vai haver melhoria com o processo de *benchmarking* das práticas. Em todas as outras podem ocorrer melhorias.

Quadro 11: *Benchmarking* métrico da avaliação das necessidades

Norma 21: Avaliação dos cuidados – Todos os doentes/ utentes têm avaliações individuais das suas necessidades e preferências					
CRITÉRIOS		Sim / Não / Parcial			
Avaliação		Cir. Esp. Med. Ort.			
21.1	Todos os doentes/ utentes têm avaliações individuais.	S	P	S	S
21.2	O processo de avaliação assegura que:				
	21.2.1 todas as avaliações têm uma finalidade clara que é entendida pelo doente/ utente	S	P	S	S
	21.2.2 o doente/ utente está envolvido na avaliação	S	P	S	P
	21.2.3 quando apropriado, os acompanhantes participam na decisão de como se resolvem os problemas identificados	S	P	P	S
	21.2.4 as avaliações são efectuadas por pessoal apropriadamente qualificado.	S	S	S	S
	21.2.5 faz-se uma avaliação holística.	S	S	P	S
21.3	Os doentes/ utentes têm acesso ao resumo e recomendações da sua avaliação e é-lhes permitido discuti-los com o pessoal.	N	N	N	P
21.5	Tomam-se providências especiais para a avaliação de necessidades de doentes/ utentes que:				
	21.5.1 são idosos	S	S	P	P
	21.5.2 têm dificuldades físicas associadas	S	S	P	S
	21.5.3 resultem de razões étnicas ou religiosas	S	S	P	S
	21.5.5 têm dificuldades de comunicação	S	S	P	P
	21.5.6 têm compromissos sensoriais.	S	S	P	P
	21.5.7 desafiam o serviço com o seu comportamento	S	S	P	P
	21.5.8 tenham problemas de saúde mental	S	S	P	S
21.19	Quando é do interesse do doente/ utente, os acompanhantes participam:				
	21.19.1 na avaliação do doente/ utente,	S	P	S	S

Se observarmos a Tabela 15, na categoria relativa ao processo de avaliação das necessidades do utente, identificamos três subcategorias: “*Com base nos dados*”, “*Por necessidades humanas básicas*” e “*Através da observação e conversa informal*”. O Manual de Acreditação para Hospitais 2000 não se refere ao método de avaliação, considerando que cada instituição deve procurar o método que melhor se adequa à sua realidade.

Independentemente da fonte, quanto mais dados colhermos mais fácil se torna a avaliação, desde que a fonte seja fidedigna. Nesta área os serviços estão muito uniformes, não se evidenciando nenhum com melhores práticas, pelo que entendemos que, o *benchmarking* das práticas não traz grandes benefícios.

Tabela 15: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do processo de avaliação das necessidades do utente

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Com base nos dados do processo clínico	3	2	3	1	9
Por necessidades humanas básicas afectadas	3	2	-	3	8
Através da observação e conversa informal	3	2	3	1	9
Total	9	6	6	5	26

Relativamente à categoria “*Consideração pelo diagnóstico clínico*”, foram identificadas duas subcategorias, como podemos observar na Tabela 16, que são: “*Como informação complementar*”, com dois entrevistados a referirem-na e “*Tem em consideração o diagnóstico clínico*” com seis entrevistados a registarem esta unidade.

Da Tabela 16 também podemos depreender que não há uniformidade de critérios dentro das equipas de Cirurgia e Especialidades, relativamente a categoria representada na tabela, sendo que cada elemento se refere a esta categoria em subcategorias diferentes, pelo que podemos concluir que estas equipas podem aprender a uniformizar as suas práticas com as equipas de Medicina e Ortopedia, que são as identificados com melhores práticas.

Isto devido à avaliação das necessidades que segundo refere o Manual de Acreditação para hospitais 2000, devemos ter sempre em consideração o diagnóstico clínico.

Tabela 16: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de consideração do diagnóstico clínico

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Como informação complementar apenas	1	1	-	-	2
Tem em consideração o diagnóstico clínico	1	1	2	2	6
Total	2	2	2	2	8

Da análise da Tabela 17, relativa ao “*envolvimento do utente na avaliação*”, identificamos duas subcategorias: “*O utente é sempre envolvido*” com cinco unidades de registo e “*O utente nem sempre é envolvido*” com a mesma quantidade de unidades de registo. Como o Manual de Acreditação para Hospitais 2000, no critério 21.2.2., refere que o doente deve ser sempre envolvido na avaliação das necessidades, podemos identificar o serviço de Cirurgia como sendo o que tem melhores práticas, porque todas as unidades de registo se integram nessa subcategoria.

Se compararmos os resultados encontrados no questionário do *benchmarking* métrico com os do questionário do *benchmarking* das práticas do serviço de Medicina, verificamos que não são coincidentes, uma vez que, no *benchmarking* métrico, o serviço de Medicina responde que cumpre este critério, ou seja, considera que existe uniformidade de procedimentos dentro da equipa de enfermagem, mas no *benchmarking* das práticas identificámos duas unidades de registo na subcategoria que refere que o utente nem sempre é envolvido e outras duas na subcategoria que refere que o utente é sempre envolvido. Tal facto revela que não há uniformidade de procedimentos.

Tabela 17: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento do utente

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
O utente é sempre envolvido	2	-	2	1	5
O utente nem sempre é envolvido	-	2	2	1	5
Total	2	2	4	2	10

Segundo o Manual de Acreditação para Hospitais 2000, no critério 21.19.1, quando é do interesse do doente/ utente, os acompanhantes devem participar na avaliação deste.

Quando observamos a Tabela 18, relativa a esta categoria, verificamos que foram identificadas três subcategorias: “*A família é sempre envolvida*” com cinco unidades de registo, “*A família é envolvida em casos especiais*” com onze unidades de registo e “*A família nem sempre é envolvida*”, com apenas duas unidades de registo.

Embora pudéssemos considerar que todas estas categorias detêm boas práticas, dentro destas três subcategorias consideramos que a segunda, “*A família é envolvida em casos especiais*”, é a que está mais de acordo com o critério 21.19.1, pois este refere “*quando é do interesse do doente/ utente*”. Dentro desta subcategoria integramos as seguintes unidades de registo:

“...quando o doente tem alteração das capacidades intelectuais, ...”A1

“...quando o doente tem alteração da comunicação...” A1

“...nomeadamente de pessoas idosas...”A4

“...ou pessoa que não estejam orientados no tempo e no espaço...”A4

“...em doentes conscientes não é utilizada ou envolvida...”B4

“...em situações de pessoas que não consigam ou não saibam colaborar connosco...”A4

“...depois na alta para a continuidade de cuidados...”A2

“...quando se prevê que vá ser necessário...” A2

“...quando há dificuldade em adquirir um dado que seja significativo é solicitada a família.” A3

“...envolvemos a família em situações de doente moribundos, ...” B3

“...quando os familiares vêm ao serviço na hora da visita e que são solicitados para fornecer esses dados.” A3

Como podemos verificar é do interesse do doente que a família participe da avaliação, em todos estes casos. Atendendo a que este é um processo de melhoria contínua, apesar de todos os serviços terem unidades de registo dentro da subcategoria identificada como melhor prática, o serviço de Ortopedia é o que tem mais unidades de registo nesta subcategoria, pelo que é identificado como o serviço com melhores práticas. Nos dados colhidos para o *benchmarking* métrico este serviço respondeu que cumpre este critério, o que está de acordo com os dados colhidos no *benchmarking* das práticas.

Tabela 18: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento da família/ pessoa significativa

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
A família é sempre envolvida	2	2	-	1	5
A família é envolvida em casos especiais	2	2	3	4	11
A família nem sempre é envolvida	-	1	1	-	2
Total	4	5	4	5	18

Embora o Manual de Acreditação para Hospitais 2000 não apresente nenhum critério relativo ao suporte documental para identificação das necessidades, entendemos que este é importante, até porque os entrevistados o referiram.

Dentro desta categoria foram identificadas três subcategorias: “o tipo de suporte documental” com quatro unidades de registo sendo uma de cada serviço, “Utilizado algumas vezes” com quatro unidades de registos e “É sempre utilizado” com duas unidades de registo, como podemos observar na Tabela 19. Com o processo de *benchmarking* das práticas, os serviços poderiam melhorar as práticas tendo como referencial o serviço de Ortopedia, uma vez que foi o serviço onde se identificaram mais unidades de registo integradas na subcategoria “É sempre utilizado”. Por tal identificamo-lo como o serviço com as melhores práticas nesta área.

Tabela 19: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do suporte documental para identificação de necessidades

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Tipo de suporte documental	1	1	1	1	4
Utilizado algumas vezes	-	1	3	-	4
É sempre utilizado	-	-	-	2	2
Total	1	2	4	3	10

Como podemos observar no Quadro 12, no questionário relativo ao *benchmarking* métrico, os serviços de Cirurgia e Especialidades responderam que sim a todos as alíneas deste critério, pelo que podem ser identificados, à partida, como os serviços com melhores práticas nesta área. Apesar disto, vamos confirmar estes dados com os colhidos no *benchmarking* das práticas, pois entendemos que nesta área podem ocorrer melhorias.

Quadro 12: *Benchmarking* métrico da avaliação das necessidades

Norma 21: Avaliação das necessidades – Todos os doentes/ utentes têm avaliações individuais das suas necessidades e preferências					
CRITÉRIOS			Sim / Não / Parcial		
Avaliação			Cir. Esp. Med. Ort.		
21.5	Tomam-se providências especiais para a avaliação de necessidades de doentes/ utentes que:				
	21.5.1	são idosos,	S	S	P
	21.5.2	têm dificuldades físicas associadas,	S	S	P
	21.5.3	resultem de razões étnicas ou religiosas,	S	S	P
	21.5.5	têm dificuldades de comunicação,	S	S	P
	21.5.6	têm compromissos sensoriais,	S	S	P
	21.5.7	desafiam o serviço com o seu comportamento,	S	S	P
	21.5.8	tenham problemas de saúde mental.	S	S	P

Pela análise da Tabela 20, conseguimos identificar duas subcategorias, que são: “*Adoptam medidas especiais*”, com quatro unidades de registo e “*Não adoptam medidas especiais*”, com três unidades de registo. Mas não conseguimos identificar que tipo de medidas é que os serviços adoptam para cada necessidade especial, logo, concluímos que, os dados colhidos não permitem atingir os objectivos do trabalho na sua totalidade. Nesta área verificamos que o *benchmarking* das práticas não trouxe grandes benefícios, o que não coincide com os resultados esperados na análise do quadro anterior. Talvez por erro de condução da entrevista, pelo que sugerimos alteração do guião, neste item.

Tabela 20: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria de adopção de medidas especiais para avaliação das necessidades especiais

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Adoptam medidas especiais	1	1	-	2	4
Não adoptam medidas especiais	-	-	2	1	3
Total	1	1	2	3	7

3.3.3. Representações sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente internado no serviço

O Quadro 13, faz-nos constatar que as respostas dos serviços aos critérios sobre o planeamento dos cuidados, ao critério 21, 10 são todas negativas, já ao critério 21.12. são todas afirmativas, pelo que concluímos que estes critérios identificam áreas em que o *benchmarking* das práticas não vai trazer grandes melhorias.

No questionário adoptado para fazer o levantamento dos dados para o *benchmarking* métrico, não encontrámos nenhum serviço que se diferencie no nível de qualidade das práticas no que concerne ao planeamento dos cuidados a prestar ao utente, vamos passar ao *benchmarking* das práticas para verificar se este nos pode trazer alguns benefícios.

Quadro 13: *Benchmarking* métrico do planeamento dos cuidados

Norma 21: O planeamento dos cuidados – As necessidades e preferências do doente são reflectidas nos planos de cuidados.						
CRITÉRIOS			Sim / Não / Parcial			
Avaliação			Cir. Esp. Med. Ort.			
Planeamento de cuidados						
21.6	Existe um plano escrito de cuidados e tratamento para cada doente/ utente.	S	P	N	N	
21.7	O doente/ utente está envolvido no planeamento dos seus cuidados e tratamento	S	P	P	P	
21.8	O plano de cuidados e tratamento baseia-se numa avaliação actualizada das necessidades do doente/utente	S	P	P	P	
21.9	O plano individual de cuidados e tratamento é produzido num formato que é entendido pelo doente/ utente e acompanhante, quando aplicável.	N	N	N	P	
21.10	Os doentes/ utentes têm uma cópia, ou acesso ao, seu plano de cuidados e tratamento.	N	N	N	N	
21.11	As preocupações acerca da capacidade do doente/utente para ser envolvido no planeamento dos seus cuidados e tratamento:					
	21.11.1 são discutidas com o doente/ utente, e acompanhante, quando aplicável,	N	P	S	S	
	21.11.2 são documentadas e revistas regularmente	N	P	N	P	
21.12	Os planos de cuidados e tratamento desenvolvidos por estagiários são assinados por pessoal qualificado.	S	S	S	S	

Embora o manual da acreditação não se refira à opinião dos enfermeiros sobre o planeamento dos cuidados, esta é uma matéria que sempre nos suscitou interesse questionar, pois constatamos que é muito difícil incentivar os enfermeiros a fazer um plano de cuidados por escrito. Por outro lado, pensamos que a opinião sobre qualquer assunto pode influenciar a atitude, pelo que colocámos esta questão no guião da entrevista.

Analisando a Tabela 21, verificamos que foram identificadas três subcategorias que passamos a referenciar: “*Considera útil*”, com doze unidades de registo, “*Considera inútil*” com duas unidades de registo e “*Útil se os enfermeiros quiserem*” com quatro unidades de registo.

Relativamente aos serviços, não conseguimos identificar, à partida, um que tenha melhores práticas, pois o número de unidades de registo identificadas em cada categoria não nos permite retirar conclusões, o que confirma os resultados do benchmarking métrico, no entanto, podemos verificar que no serviço de Medicina não são identificadas unidades de registo na categoria “*Considera útil*”, pelo que o consideramos o serviço que tem mais a beneficiar com o processo de *benchmarking* das práticas. Concluímos também que, apesar de uma grande maioria das unidades de registo se encontrarem na subcategoria “*Considera útil*”, pensamos que o número que integra a subcategoria “*Considera inútil*”, ou seja, dois enfermeiros, numa amostra de oito, é um resultados significativo, o que pode justificar a atitude de não fazer planos de cuidados.

Tabela 21: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da opinião sobre a utilidade do plano de cuidados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Considera útil	5	4	-	3	12
Considera inútil	1	-	1	-	2
Útil se os enfermeiros quiserem	-	1	2	1	4
Total	6	5	3	4	18

Se analisarmos a Tabela 22, que representa a categoria relativa ao plano de cuidados por escrito, identificamos três subcategorias: “*Elabora plano de cuidados de forma escrita algumas vezes*”, com quatro unidades de registo, sendo que três pertencem ao mesmo serviço; “*Elabora um plano de cuidados de forma mental*” com seis unidades de registo e “*Não elabora plano de cuidados*” com uma unidade de registo.

Os dados que apresentamos na Tabela 22, vêm confirmar as conclusões que retiramos do quadro anterior, ou seja, de uma maneira geral, não se fazem planos de cuidados por escrito, elaboram-se apenas mentalmente. Podemos também observar que o serviço de cirurgia é o que apresenta mais unidades de registo pertencentes à subcategoria “*Elabora plano de cuidados de forma escrita algumas vezes*”, pelo que pode ser identificado como sendo o serviço com melhores práticas.

Tabela 22: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do plano de cuidados escrito

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Elabora plano de cuidados de forma escrita algumas vezes	3	1	-	-	4
Elabora um plano de cuidados de forma mental	-	1	1	4	6
Não elabora plano de cuidados	-	1	-	-	1
Total	3	3	1	4	11

Na Tabela 23, podemos observar que da categoria relativa a “*como é ou deveria ser elaborado o plano de cuidados*”, identificamos duas subcategorias que são: “*Respeitando as regras básicas para elaboração de planos de cuidados*” com nove unidades de registo e “*Plano de cuidados adaptado*” com quatro unidades de registo, sendo uma de cada

serviço. Daqui podemos depreender que todos os serviços concordam que o plano de cuidados deve ser elaborado “*Respeitando as regras básicas para elaboração de planos de cuidados*”, sendo o serviço de cirurgia o que marca mais esta posição, referindo quatro unidades de registo incluídas nesta subcategoria. No entanto, todas as subcategorias apresentadas sugerem que os enfermeiros conhecem as regras de elaboração de um plano de cuidados tal como podemos observar:

“...deveria ser um registo diário... até a passagem de turno poderia ser feita através da leitura desse plano de cuidados.” A1

“...deveria ser elaborado para a totalidade dos doentes...” A1

“...Alterando e modificando as necessidades do doente afectadas...” B1

“...diariamente utilizado... pelo menos nas passagens de turno fazer a passagem de turno por plano de cuidados...” B1

“...tem que ser posto em prática.” A2

“...a própria passagem de turno seja pela avaliação desse mesmo plano...” A2

“...Deveria ser individualizado, cada doente deveria ter o seu plano.” B3

“...deveria ser elaborado por diagnósticos de enfermagem, ...para cada diagnóstico haveria protocolado um objectivo e uma série de cuidados de enfermagem que deveriam ser realizados para esse diagnóstico” B4

“Deveria haver um número de diagnósticos e de funções de enfermagem... o mais abrangente possível.” B4

Também todos sugerem adaptações ao serviço tal como:

“...deveria ser elaborado para ...doentes que exigem mais cuidados...” A1

“...terá que ser de uma versão mais simplista... que ser menos académico...” A2

“...o enfermeiro responsável pelo doente faz a avaliação, faz o planeamento mental e durante a passagem de turno é avaliado e discutido esse plano.” A3

“...um plano de cuidados adaptado ao serviço nas notas de enfermagem...” A4

Apesar de não conseguirmos identificar o serviço com a melhor prática, neste critério, o processo de *benchmarking* das práticas atingiu o seu objectivo principal, porque todos os serviços podem aprender uns com os outros, já que as unidades de registo demonstram que todos os enfermeiros estão interessados nesta matéria.

Tabela 23: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria como é ou deveria ser elaborado o plano de cuidados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Respeitando as regras básicas para elaboração de planos de cuidados	4	2	1	2	9
Plano de cuidados adaptado	1	1	1	1	4
Total	5	3	2	3	13

Da análise da Tabela 24, podemos retirar que na categoria “*o utente é envolvido*”, foram identificadas duas subcategorias que são: “*O utente é sempre envolvido*” com quatro unidades de registo e “*O utente nem sempre é envolvido*”, com a mesma quantidade de unidades de registo. Detectamos que o serviço de Medicina não tem unidades de registo na subcategoria “*O utente nem sempre é envolvido*”, enquanto que o serviço de Cirurgia apresenta duas unidades de registo nesta categoria.

Nesta análise não podemos identificar o serviço com melhores práticas nesta área, mas podemos referir que o serviço que tem mais a aprender é o serviço de Cirurgia, uma vez que é o único que apresenta duas unidades de registo na subcategoria que refere que “*O utente nem sempre é envolvido*”, o que contraria o critério 21.7 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000.

Tabela 24: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do envolvimento do doente no plano de cuidados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
O utente é sempre envolvido	1	1	1	1	4
O utente nem sempre é envolvido	2	1	-	1	4
Total	3	2	1	2	8

Se analisarmos a Tabela 25, verificamos que das catorze unidades de registo identificadas na categoria relativa ao modo como é feita a actualização do plano de cuidados, oito pertencem ao serviço de Cirurgia e integram a subcategoria “*Quando há alteração das necessidades*”, e seis unidades de registo, duas em cada um dos restantes serviços, integram a subcategoria “*Em cada passagem de turno*”.

O facto de todas as unidades de registo do serviço de Cirurgia incidirem na mesma subcategoria revela que, neste serviço há uniformização dos procedimentos e, como neste caso a subcategoria não se identifica com a melhor prática, a uniformidade deste procedimento torna-se preocupante, pelo que o *benchmarking* das práticas nesta área pode ser benéfico para o serviço de Cirurgia. Este serviço pode aprender com os outros serviços que integraram a subcategoria “*Em cada passagem de turno*”, revelando assim maior preocupação com o tema, para além de manterem também uniformidade de procedimentos.

Tabela 25: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do modo como é feita a actualização do plano de cuidados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Quando há alteração das necessidades	8	-	-	-	8
Em cada passagem de turno	-	2	2	2	6
Total	8	2	2	2	14

3.3.4. Representações sobre a implementação dos cuidados de enfermagem e tratamento

Se analisarmos o Quadro 14 verificamos, pelo questionário aplicado para o *benchmarking* métrico, que os serviços apresentam resultados muito uniformes. Aos critérios 21.14 e 21.15 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 todos os serviços respondem de forma positiva, logo, deduzimos que todos os serviços cumprem o critério: “Um registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é arquivado no processo clínico do doente/ utente.”, e que “O registo é datado e assinado por um profissional qualificado”, pelo que o *benchmarking* das práticas não vai trazer grandes benefícios nesta área.

Já relativamente aos outros dois critérios, podemos identificar como melhor prática a do serviço de Ortopedia, pois é o único que responde afirmativamente a todos os critérios. Podemos, então, concluir que, nesta área, o *benchmarking* métrico nos trouxe alguns benefícios, pois poderíamos delimitar o nosso estudo. Contudo, achamos pertinente aplicar a colheita de dados para o *benchmarking* das práticas para podermos comparar os resultados.

Quadro 14: *Benchmarking* métrico da implementação dos cuidados

Norma 21: A implementação dos cuidados e tratamento – Todos os doentes/ utentes têm avaliações individuais das suas necessidades e preferências. Estas são reflectidas nos planos de cuidados e tratamento que são implementados. Os cuidados e tratamento estão centrados no doente/ utente, que está envolvido em todos os aspectos do processo.						
CRITÉRIOS					Sim / Não / Parcial	
Avaliação					Cir. Esp. Med. Ort.	
Implementação de cuidados e tratamento						
21.13	Um elemento é responsável por garantir que o plano de cuidados e tratamento é implementado.	N	P	N	S	
21.14	Um registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é arquivado no processo clínico do doente/ utente.	S	S	S	S	
21.15	O registo é datado e assinado por um profissional qualificado.	S	S	S	S	
21.16	Todos os registos são mantidos num local de arquivo seguro dentro do serviço.	S	P	N	S	

Da análise da Tabela 26, relativa ao modo como implementa os cuidados e tratamento, constatámos que, das treze unidades de registo identificadas, cinco pertencem à subcategoria “A implementação não está “presa” ao plano de cuidados” e oito pertencem à subcategoria “De acordo com o que foi planeado”. Conseguimos verificar também que existe um serviço que se distingue pelas melhores práticas, o de Ortopedia, uma vez que todas as unidades de registo estão incluídas na subcategoria que refere que a implementação dos cuidados é feita “De acordo com o que foi planeado”, o que está de acordo com o Manual de Acreditação para Hospitais 2000, na norma 21.

Entendemos, então, que com o *benchmarking* das práticas, atingimos os objectivos deste trabalho, uma vez que identificámos as melhores práticas nesta área, o que está em consonância com os resultados obtidos no questionário adoptado para o *benchmarking* métrico.

Tabela 26: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do modo como implementa os cuidados e tratamento

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
De acordo com o que foi planeado	1	2	1	4	8
A implementação não está “presa” ao plano de cuidados	1	3	1	-	5
Total	2	5	2	4	13

Dos dados que podemos observar na Tabela 27, relativa à responsabilidade de implementação do plano, podemos verificar que das oito unidades de registo identificadas, seis pertencem à subcategoria “*Existe um responsável pela implementação*” e duas integram a subcategoria “*Não existe um responsável pela implementação*”. Existem dois serviços, Especialidades e Medicina, com uniformidade de procedimentos, uma vez que todas as unidades de registo pertencem à mesma subcategoria. Como esta está em consonância com o critério 21.13 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que refere: “*Um elemento é responsável por garantir que o plano de cuidados e tratamento é implementado.*”, identificámos estes serviços como sendo os que apresentam melhores práticas.

Tabela 27: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da responsabilidade de implementação do plano

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Existe um responsável pela implementação	1	2	2	1	6
Não existe um responsável pela implementação	1	-	-	1	2
Total	2	2	2	2	8

Pelos dados apresentados na Tabela 28, relativa ao registo rigoroso dos cuidados prestados, verificamos que das oito unidades de registo detectadas, duas pertencem à subcategoria identificada como “*Registo dos cuidados prestados não é rigoroso*”, outras duas pertencem à subcategoria “*Registo dos cuidados prestados é rigoroso*” e quatro pertencem à subcategoria “*Registo dos cuidados prestados nem sempre é rigoroso*”.

Apesar do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 apenas referir que os registos devem ser feitos, não se referindo à qualidade dos mesmos, pensamos que este dado é bastante importante num processo de melhoria da qualidade, pelo que introduzimos este dado no questionário do *benchmarking* das práticas, até porque todos os serviços referiram que faziam registo dos dados e, como este é um processo de melhoria contínua, o rigor com que os registos são feitos poderiam marcar a diferença.

Assim, identificámos como tendo melhores práticas, os serviços de Especialidades e Medicina porque, pelo menos, um dos elementos refere que o registo é rigoroso.

Tabela 28: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do registo rigoroso dos cuidados prestados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Registo dos cuidados prestados é rigoroso	-	1	1	-	2
Registo dos cuidados prestados nem sempre é rigoroso	2	1	-	1	4
Registo dos cuidados prestados não é rigoroso	-	-	1	1	2
Total	2	2	2	2	8

No Manual de Acreditação para Hospitais 2000 não encontramos nenhum critério que discrimine onde se deve fazer os registos de enfermagem, uma vez que cada instituição pode ter os seus impressos próprios. Mas, durante as entrevistas, quando falávamos em registos, os entrevistados referenciavam se eram registos de notas de admissão, se plano de cuidados, se notas de enfermagem, pelo que foram as três subcategorias identificadas e todos se referiram ao processo de enfermagem, pois todos estes registos fazem parte do processo de enfermagem.

Se analisarmos a Tabela 29, relativa ao local onde os enfermeiros fazem os registos, verificamos que, na subcategoria identificada como: “*No processo de enfermagem (Folha de colheita de dados)*”, obtivemos quatro unidades de registo, “*No processo de enfermagem (Folha de planos de cuidados)*” encontramos duas unidades de registo e na sub categoria “*No processo de enfermagem (Folha de notas de enfermagem)*”, obtivemos quatro unidades de registo.

Daqui podemos retirar que todos os serviços preenchem a folha de colheita de dados, menos os serviços de Medicina; só os serviços de Cirurgia e Especialidades elaboram plano de cuidados e todos os serviços fazem notas de enfermagem, menos o serviço de Cirurgia. Daqui concluímos que só o serviço de Especialidades faz os registos todos, embora possa falhar algumas vezes. Assim sendo, é identificado como tendo as melhores práticas, pelo que o *benchmarking* pode contribuir para a melhoria das práticas nesta área.

Tabela 29: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do local onde os enfermeiros fazem os registos

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
No processo de enfermagem (Folha de colheita de dados)	2	1	-	1	4
No processo de enfermagem (Folha de planos de cuidados)	1	1	-	-	2
No processo de enfermagem (Folha de notas de enfermagem)	-	1	2	1	4
Total	3	3	2	2	10

O critério 21.15 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, refere que o registo escrito dos cuidados e tratamentos é datado e assinado por um profissional qualificado, pelo que incluímos esta questão no guião da entrevista.

Ao analisarmos a Tabela 30, verificamos que todos os serviços respondem afirmativamente a este critério, o que coincide com a informação contida no questionário do *benchmarking* métrico, logo, o *benchmarking* das práticas não nos trouxe grandes benefícios nesta área.

Tabela 30: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se é datado e assinado

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Sempre	2	2	2	2	8
Total	2	2	2	2	8

O critério 21.14 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere que um registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é arquivado no processo clínico do doente/utente, pelo que incluímos esta questão no guião da entrevista. Todos os entrevistados responderam que o registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é guardado “*No processo clínico do doente dentro do carro*”. Apesar de, no guião da entrevista, diferenciarmos a forma como é guardado de como é arquivado, os entrevistados não conseguiram distinguir e incluíram tudo na mesma resposta, pelo que na análise dos dados também anexámos as duas respostas.

Ao analisarmos a Tabela 31, verificámos que todos os serviços respondem afirmativamente a este critério, o que coincide com a informação contida no questionário do *benchmarking* métrico.

Tabela 31: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do local onde é guardado o plano de cuidados

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
No processo clínico do doente dentro do carro	2	2	2	2	8
Total	2	2	2	2	8

O critério 21.16 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere que todos os registos são mantidos num local de arquivo seguro dentro do serviço, pelo que incluímos esta questão no guião da entrevista. Todos os entrevistados responderam que consideravam o local “*Relativamente seguro*”, como podemos observar na Tabela 32, o que não coincide com as respostas ao questionário feito aos serviços para o *benchmarking* métrico, Quadro 14, onde os serviços de Cirurgia e Ortopedia responderam que cumpriam o critério, o de Especialidades responde que cumpriam parcialmente e o de Medicina declarou que não cumpria o critério.

Os dados obtidos nesta área não nos permitem identificar o serviço com melhores práticas, uma vez que todos os serviços consideram apenas que o local é relativamente seguro, mas permitem-nos concluir que todos os serviços podem melhorar as suas práticas com o processo de melhoria da qualidade.

Tabela 32: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se considera que o local é seguro

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Relativamente seguro	2	2	2	2	8
Total	2	2	2	2	8

3.3.5. Representações sobre a avaliação dos cuidados de enfermagem

Antes de qualquer comentário, queremos explicar que, enquanto o Manual de Acreditação dos Hospitais 2000 refere revisão do tratamento, conforme verificamos no questionário do *benchmarking* métrico, nós interpretámos como avaliação do tratamento, pelo que utilizamos esta expressão nos questionários para o *benchmarking* das práticas, por entendermos estar mais de acordo com a nomenclatura utilizada na instituição em estudo.

Como podemos observar no Quadro 15, relativo à avaliação dos cuidados, reparamos que o serviço identificado com melhores práticas é o serviço de Cirurgia, pois apresenta dois critérios cumpridos, o que não acontece com mais nenhum serviço. Verificamos também que em todas as áreas podem ocorrer melhorias, embora não muito significativas.

Quadro 15: *Benchmarking* métrico da revisão do tratamento e cuidados

Norma 21: Revisão do tratamento e cuidados – Os planos de cuidados e tratamento são revistos. Os cuidados e tratamento estão centrados no doente/ utente, que está envolvido em todos os aspectos do processo.						
CRITÉRIOS					Sim / Não / Parcial	
Avaliação					Cir. Esp. Med. Ort.	
Revisão de cuidados						
21.17	A avaliação, planeamento e implementação do plano de cuidados e tratamento são revistos, a intervalos acordados, pela equipa multiprofissional.	N	P	N	P	
21.18	Quando apropriado, está previsto acesso a uma revisão independente/ segunda opinião dos cuidados e tratamento proporcionado aos doentes/ utentes.	S	N	P	P	
21.19	Quando é do interesse do doente/ utente, os acompanhantes participam:					
	21.19.3 na revisão do tratamento e actividades.	S	P	S	S	

Quando introduzimos esta pergunta no guião da entrevista foi com o objectivo de verificar se haveria algum serviço que tivesse um procedimento para fazer a avaliação dos cuidados, ou qualquer atitude que pudesse influenciar este procedimento, mas não obtivemos resultados significativos, como podemos verificar na Tabela 33. No que diz respeito à avaliação dos cuidados prestados, identificámos uma subcategoria com três unidades de registo que refere que a avaliação é feita “*Com base nos registos*”, e outra com oito unidades de registo, que refere que a avaliação é feita “*Com base nas necessidades que vão sendo satisfeitas*”. Isto revela que a maioria dos entrevistados faz a avaliação dos doentes utilizando o procedimento correcto, porque, fazer a avaliação “*Com base nas necessidades que vão sendo satisfeitas*” pressupõe uma comparação do estado de saúde actual do doente com o estado anterior e, só desta forma, podemos saber se o estado de saúde do utente está a evoluir ou a regredir.

Em termos de serviços, podemos destacar os serviços de Medicina e de Ortopedia como tendo as melhores práticas, porque cada um destes serviços apresentou três unidades de registo na categoria considerada como o procedimento mais correcto.

Relativamente ao serviço de Especialidades, não identificámos nenhum registo nesta categoria, pelo que não conseguimos saber qual o nível das suas práticas.

Tabela 33: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da avaliação dos cuidados prestados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Com base nos registos	2	-	-	1	3
Com base nas necessidades que vão sendo satisfeitas	2	-	3	3	8
Total	4	-	3	4	11

O critério 21.17. do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, refere “A avaliação, planeamento e implementação do plano de cuidados e tratamento são revistos, a intervalos acordados, pela equipa multiprofissional.” Mas, como entendemos que este critério abrange dois itens diferentes, um relativo aos intervalos de tempo e outro à equipa multiprofissional, para o *benchmarking* das práticas elaborámos questões diferentes, pelo que vamos apresentá-las em quadros diferentes.

Assim, na Tabela 34, relativa à categoria “a avaliação é feita individualmente ou em equipa”, identificámos duas subcategorias: “A avaliação é feita em equipa” com seis unidades de registo, e “A avaliação é feita individualmente” com uma unidade de registo, o que significa que ainda há quem faça avaliações individualmente, o que fundamenta a dicotomia que fizemos no critério.

Da análise da Tabela 34 concluímos que os serviços com melhores práticas são o serviço de Medicina e o de Ortopedia, mas ficámos com dúvidas relativamente ao serviço de Cirurgia, por omissão de informação de um dos elementos entrevistados.

Tabela 34: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se a avaliação é feita individualmente ou em equipa

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
A avaliação é feita em equipa	1	1	2	2	6
A avaliação é feita individualmente	-	1	-	-	1
Total	1	2	2	2	7

No que se refere à regularidade com que é feita a avaliação dos cuidados prestados, contamos dez unidades de registo distribuídas da seguinte forma: uma, na subcategoria “diária”, sete unidades de registo, na subcategoria “por turno”, e uma “quando há alterações significativas”, como podemos observar na Tabela 35.

Segundo a Classificação Internacional para a Práticas de Enfermagem (CIPE), avaliar significa “Apreciar, é uma forma de Observar com as seguintes características específicas: estimar as dimensões, qualidade ou significado de alguma coisa” e “Observar é uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: Ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa”. Ora, se observar é considerada uma forma de acção de enfermagem, deve ser uma acção contínua, logo, uma avaliação por turno para orientação do colega que vai prestar cuidados ao doente no turno seguinte é imprescindível, mas, se houver alterações significativas do estado do doente, as avaliações devem ser sucessivas, pelo que identificámos como tendo melhor prática, o serviço de Especialidades. Isto porque apresentou duas unidades de registo na subcategoria “Por turno” e uma na subcategoria “Quando há alterações significativas”, o que não acontece com mais nenhum serviço.

Tabela 35: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da regularidade com que é feita avaliação dos cuidados prestados

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Diária	1	-	-	-	1
Por turno	1	2	2	2	7
Quando há alterações significativas	1	1	-	-	2
Total	3	3	2	2	10

O critério 21.17. do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere que *“Quando apropriado, está previsto acesso a uma revisão independente/ segunda opinião dos cuidados e tratamento proporcionado aos doentes/ utentes.”*

Pelo que podemos observar na Tabela 36, os doentes internados no serviço de Cirurgia e Medicina têm acesso a uma segunda opinião, os que estão internados nos serviços de Especialidades e Ortopedia nem sempre, pelo que consideramos os primeiros como os serviços com melhores práticas.

Tabela 36: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria se os doentes têm acesso a uma segunda opinião se solicitar

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Tem acesso	2	1	2	1	6
Não tem acesso	-	1	-	1	2
Total	2	2	2	2	8

3.3.6. Representações sobre a política relativa a saída/ alta de um serviço

Se analisarmos o Quadro 16, utilizado para o *benchmarking* métrico, verificamos que os critérios 22.6, 22.8, e 22.9 são cumpridos por todo os serviços, enquanto que o critério 22.11.2 não é cumprido por nenhum, o que nos leva a pensar que estas são áreas onde o *benchmarking* das práticas não vai melhorar as práticas de enfermagem. No entanto, vamos verificar se isto se confirma com o questionário aplicado no *benchmarking* das práticas.

Quadro 16: *Benchmarking* métrico da saída/ alta de um serviço

Norma 22: Saída/ alta de um serviço – Os doentes/ utentes têm um programa planeado para sair de um serviço/ alta que assegura a continuidade dos cuidados					
CRITÉRIOS		Sim / Não / Parcial			
Política relativa a saída/ alta de um serviço		Cir. Esp. Med. Ort.			
22.1	Existe um procedimento documentado e actualizado para sair de um serviço/ alta que é consistente com a política de altas da organização.	S	N	P	S
22.2	Existe um procedimento documentado e actualizado de transferência para:				
	22.2.1 serviços dentro da organização,	S	N	N	S
	22.2.2 serviços fora da organização,	S	N	S	S
	22.3.1 pessoal,	N	N	S	S
	22.3.2 doentes/ utentes,	S	N	P	S
	22.3.3 acompanhantes,	N	N	P	S
	22.3.4 outros.	N	N	P	P
Planeamento da saída/ alta de um serviço					
22.4	O planeamento da saída/ alta de um serviço é iniciado antes de ou a partir da admissão.	N	S	P	S
22.5	O planeamento da saída/ alta de um serviço é coordenado com outras entidades envolvidas nos cuidados e tratamento continuados do doente/ utente.	S	S	P	S
22.6	O serviço possui uma lista de verificação padronizada de saída/ alta.	S	S	S	S
22.7	O serviço tem um conjunto de informação de saída/ alta para doentes/ utentes e acompanhantes sobre serviços comunitários e continuidade de cuidados.	S	N	P	N
22.8	Um resumo do processo clínico do doente/ utente e do plano de saída/alta do serviço é transferido com o doente/utente, quando aplicável.	S	S	S	S
22.9	Um resumo das partes relevantes do processo clínico do doente/ utente é comunicado ao médico de família/ assistente e outras entidades envolvidas no tratamento e cuidados continuados.	S	S	S	S
22.10	Os planeamentos de alta são monitorizados e revistos.	S	N	S	P
22.11	Existem implementados procedimentos documentados e actualizados sobre:				
	22.11.1 encaminhamento daqueles doentes/ utentes falecidos que, por lei, necessitam de autópsia.	N	N	P	N
	22.11.2 cancelamento de todas as consultas marcadas e parar a correspondência de rotina na morte de um doente/ utente.	N	N	N	N

Conforme podemos verificar na Tabela 37, na categoria relativa aos procedimentos adequados a um doente que tem alta de um serviço, identificámos onze subcategorias. As que têm mais unidades de registos são as que dizem respeito ao ensino, tanto ao doente como à família, o que é, de facto, um indicador de qualidade dos serviços, uma vez que, todos os doentes, quando têm alta de um serviço, necessitam de orientações relativas ao seu estado de saúde. No entanto, todas as outras subcategorias devem ser enquadradas num procedimento de saída e alta de um serviço. Como tal, identificámos o serviço de Medicina como o que apresenta melhores práticas, pois para além de ser o serviço que apresenta mais unidades de registo (catorze), só nas que dizem respeito ao ensino tem sete, uma no ensino ao doente e seis no ensino à família. Este resultado justifica-se pelo facto do serviço de Medicina ser o local de onde saem mais doentes dependentes, pois um dos diagnósticos mais frequentes nesse serviço é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) que é uma doença que deixa sequelas nos doentes que, muitas vezes, são irreversíveis.

Podemos concluir que o *benchmarking* das práticas poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados se as práticas encontradas no serviço de Medicina fossem aplicadas aos outros serviços.

Tabela 37: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria dos procedimentos quando um doente tem saída/ alta do serviço

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Avaliação social	2	-	2	1	5
Avaliação das condições familiares	1	-	2	-	3
Ensino ao doente	2	3	1	1	7
Ensino à família	-	1	6	-	7
Garantia da continuidade de cuidados	2	1	-	-	3
Elaboração da carta de enfermagem	-	-	1	2	3
Comunicação da alta ao doente	-	-	1	1	2
Registo da alta	-	-	-	2	2
Contactar a família para informar da alta	2	1	1	1	5
Entrega da documentação	-	3	-	-	3
Mostrar disponibilidade	-	-	-	1	1
Total	9	9	14	9	41

O critério 22.1 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*Existe um procedimento documentado e actualizado para sair de um serviço/ alta que é consistente com a política de altas da organização.*”

Pelos dados apresentados na Tabela 38, encontramos duas subcategorias, uma identificada como “*não existe*”, com três unidades de registo, e outra identificada com: “*Cartas de recomendações*”, com quatro unidades de registo. Verificámos que os entrevistados confundiram procedimento escrito com cartas de recomendação, o que indicia que a questão não foi bem formulada.

Relativamente a esta questão, o processo de *benchmarking* das práticas não atingiu os objectivos, mas conseguimos subentender que não há procedimento escrito em nenhum serviço. No entanto, se tivermos em consideração as subcategorias identificadas na Tabela 37, facilmente se poderia elaborar um procedimento de saída e alta dos serviços que fosse aplicado uniformemente a todos os serviços. Desta forma, o *benchmarking* das práticas poderia dar o seu contributo para a melhoria das práticas de enfermagem.

Tabela 38: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da existência de um procedimento documentado para a saída / alta de um doente

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Não existe	1	2	-	-	3
Cartas de recomendações	1	-	1	2	4
Total	2	2	1	2	7

O critério 22.4 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*O planeamento da saída/ alta de um serviço é iniciado antes de ou a partir da admissão.*”

Pela análise da Tabela 39, verificamos que há pelo menos uma unidade de registo de cada serviço que contempla a subcategoria “*No momento em que o doente entra no serviço*”, o que significa que, à partida, todos os serviços estão no mesmo nível de qualidade.

No entanto, pensamos que, para certo tipo de diagnósticos, como por exemplo, os politraumatizados num serviço de Ortopedia, o planeamento da alta não pode começar no

momento da admissão porque é muito difícil fazer prognósticos em determinadas situações clínicas, pelo que consideramos que a subcategoria “*Quando a situação clínica do doente fica estabilizada*” pode ser contemplada como indicador da melhor prática. Assim sendo, o serviço de Ortopedia é considerado o serviço com melhor prática no processo de *benchmarking* das práticas no que concerne ao horizonte temporal em que é feito o planeamento da alta de um doente.

Tabela 39: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria quando dá início ao processo de saída/ alta do serviço

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
No momento em que o doente entra no serviço	1	1	1	1	4
Quando a situação clínica do doente fica estabilizada	-	-	1	1	2
Uns dias antes da alta	2	-	1	-	3
Quando o médico diz que tem alta	-	1	-	-	1
Total	3	2	3	2	10

O critério 22.7 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*O serviço tem um conjunto de informação de saída/ alta para doentes/ utentes e acompanhantes sobre serviços comunitários e continuidade de cuidados.*”

Pela análise da Tabela 40 verificámos que todos os serviços cumprem este critério, pois todos têm “*Carta para o médico de família*” e “*Carta de enfermagem*”, que são entregues ao doente ou familiar, o que, por si só, cumpre o critério. No entanto, podemos verificar que o serviço de Ortopedia e Medicina são os que entregam mais informação ao doente, sendo que, o serviço de Ortopedia conta onze unidades de registos e o serviço de Medicina apenas sete, pelo que identificámos o serviço de Ortopedia como sendo o que

tem melhores práticas. Concluimos que, nesta categoria, o *benchmarking* das práticas pode melhorar as práticas de enfermagem se as práticas identificadas no serviço de Ortopedia forem aplicadas aos outros serviços.

Tabela 40: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria da documentação que acompanha o doente

Subcategorias	Frequência das unidades de registo				
	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Carta para o médico de família	2	2	2	2	8
Carta de enfermagem	2	2	2	2	8
Atestado ou baixa médica	2	-	1	2	5
Marcação de consulta	1	1	-	2	4
Carta de recomendações	1	-	1	1	3
Carta para a assistente social	-	1	-	-	1
Receita médica com folheto explicativo	-	1	1	-	2
Requisição de exames complementares de diagnóstico	-	1	-	2	3
Total	8	8	7	11	34

O Manual de Acreditação para Hospitais 2000, no critério 22.9 refere “*Um resumo das partes relevantes do processo clínico do doente/ utente é comunicado ao médico de família/ assistente e outras entidades envolvidas no tratamento e cuidados continuados.*”

Relativamente a esta categoria pensamos que o “*contacto directo com a unidade de saúde mais próxima*” é a única garantia da continuidade dos cuidados, pois, muitas vezes, deparamos com doentes que, apesar de levarem as cartas para o médico de família e para o

enfermeiro, não as vão entregar, o que faz com que não tenhamos garantias da continuidade de cuidados, pelo que resolvemos introduzir esta questão no guião da entrevista.

Tal como podemos observar na Tabela 41, identificamos como unidades de registo “*Raramente existe*” com três unidades de registo, “*Inexistente*” com quatro unidades de registo e “*Já houve um contacto directo com a unidade de saúde mais próxima*”, com duas unidades de registo.

Como podemos depreender, estas respostas não se identificam com as melhores práticas, mas transmitem preocupação dos enfermeiros nesta área, pois isto é um problema interinstitucional que estes sentem, e que é urgente resolver. A título de exemplo, vamos referir uma unidade de registo relativa a esta categoria “*Nem sequer temos garantia ...sabemos que alguns doentes não vão depois entregar as cartas...*”A2.

Tabela 41: Distribuição da frequência de unidades de registo por serviço, relativas a cada subcategoria encontrada na categoria do contacto directo com a unidade de saúde mais próxima

	Frequência das unidades de registo				
Subcategorias	Cirurgia	Especialidades	Medicina	Ortopedia	Total
Raramente existe	2	-	1	-	3
Inexistente	-	2	1	1	4
Já houve um contacto directo com a unidade de saúde mais próxima	1	1	-	-	2
Total	3	3	2	1	9

Feita a apresentação e análise dos resultados, vamos entrar no capítulo da discussão dos mesmos, para assim podermos confrontar os resultados e cruzar informação para depois retirarmos as conclusões definitivas.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

O presente estudo, focalizado no processo de benchmarking das práticas de enfermagem durante o internamento de um doente num serviço de adultos de um hospital, tem como finalidade contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem a partir da identificação de áreas para melhorias, da identificação do serviço com melhores práticas de enfermagem e conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para facilitar a aplicação das práticas.

Neste capítulo interpretamos e discutimos os resultados referentes às práticas de enfermagem. Esta análise interpretativa está organizada segundo os domínios definidos no estudo. Nas conclusões do estudo salientamos os seguintes aspectos:

1. O processo de admissão de utentes no serviço.
2. A avaliação das necessidades do doente/ utente.
3. O planeamento dos cuidados.
4. A implementação dos cuidados.
5. A avaliação dos cuidados.
6. A política relativa à alta de um doente/ utente dos serviços.

4.1 O PROCESSO DE ADMISSÃO DE UTENTES NO SERVIÇO

Os enfermeiros ao longo dos tempos, e por diferentes motivos, foram criando ideias sobre as diferentes formas de fazer o acolhimento de um doente no serviço. Agregando a experiência profissional, à formação de cada elemento, vão alterando o processo de admissão/ acolhimento do doente nos serviços com o objectivo de melhorar a qualidade das suas práticas.

Neste estudo identificamos as áreas onde poderão ocorrer melhorias significativas, que, no que concerne ao processo de admissão de doentes, são as que se referem ao critério 20.13.1 relativo à divulgação do procedimento a doentes/ utentes e acompanhantes, em que só o serviço de Medicina é que o cumpre. O critério 20. 17, que se refere à existência de um procedimento normalizado para a admissão dos doentes, só é cumprido pelo serviço de Ortopedia.

Relativamente à identificação do serviço com melhores práticas de enfermagem, podemos concluir que, embora não encontrássemos um serviço que evidencie melhores práticas relativamente ao processo de admissão de doentes, identificamos subcategorias que, por si só, são uma mais valia para a elaboração de um procedimento que, aplicado uniformemente a todos os serviços, pode contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem nesta área.

Se tivermos em consideração as subcategorias identificadas no processo de admissão de doentes, podemos verificar que estas vão de encontro ao objectivo da entrevista de acolhimento definido por Pauchet-Traversat *et al* (2003) que é: “*Estabelecer uma relação de confiança com o paciente*” onde podemos integrar as subcategorias identificadas como:

- planeamento da admissão,
- apresentação pessoal,
- identificação do doente,
- apresentação do serviço,
- apresentação da unidade,
- apresentação dos outros doentes,
- mostrar disponibilidade e relação de ajuda,
- estimular a participação do doente,
- referência à equipa e seu funcionamento,
- referência ao funcionamento do serviço, e
- práticas definidas nas normas de admissão.

Pauchet-Traversat *et al* (2003) diz-nos que o processo de admissão de doentes se deve fazer por entrevista, referindo-se a esta como entrevista de acolhimento e orientação, que não é mais do que uma entrevista com o paciente e/ ou com as pessoas significativas nas primeiras horas em que se assume a responsabilidade pela prestação dos seus cuidados. Esta entrevista, associada à observação, permite recolher informações úteis para a definição das necessidades em cuidados de enfermagem ao paciente ou mesmo das necessidades educativas.

Outro objectivo definido por Pauchet-Traversat *et al* (2003) é: “*Responder às suas necessidades de informação*” onde podemos integrar as subcategorias indicadas como:

- informações ao doente e

- informação à família.

Relativamente à categoria do suporte documental, apenas o serviço de Ortopedia utiliza sempre o suporte documental, pelo que o identificamos como o que tem as melhores práticas, pois, segundo Pauchet-Traversat *et al* (2003), na preparação do material para o acolhimento do doente, refere que deve ser utilizada uma “*Grelha ou guia de colheita de dados para a entrevista de acolhimento.*” e o “*Guia de acolhimento do estabelecimento de saúde*”. Desta forma evidencia a necessidade de dois documentos escritos, um para fazer o acolhimento na instituição que deve ser mais genérico, e outro para o acolhimento no serviço que deve ser mais específico.

No que concerne à formação, o critério 13.10 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que refere que “*O pessoal do serviço recebe formação contínua e de actualização relevante para o serviço*” verificamos que dois elementos da nossa amostra consideram que o pessoal não tinha formação, o que pode influenciar negativamente a atitude dos enfermeiros no nível de qualidade das práticas desempenhadas. Aqui identificamos os serviços de Medicina e Ortopedia como tendo as melhores práticas, fundamentando a nossa decisão no critério 13.10.

Quando questionamos os entrevistados quanto à supervisão das práticas de adopção de suporte documental no processo de admissão do doente no serviço, verificamos que só o serviço de Ortopedia respondeu afirmativamente, pelo que o identificamos como tendo as melhores práticas.

Cruzando a informação obtida na supervisão das práticas com a do suporte documental, verificamos que o serviço de Ortopedia é o único que respondeu que utiliza suporte documental e que tem supervisão das práticas, pelo que concluímos que a supervisão das práticas influencia positivamente a atitude dos enfermeiros na utilização de suporte documental.

Pelos dados colhidos, verificamos que todos os serviços têm unidades de registo na sub categoria: “*Frequentemente inclui a família/ pessoa significativa no processo de admissão de doente*”, o que consideramos um registo que evidencia boa prática porque salvaguarda os casos em que o doente não quer que a família tenha conhecimento da sua admissão no serviço. A vontade do doente prevalece e é contemplada no Manual de Acreditação para Hospitais 2000, quando no critério 20.18, refere que “*Os acompanhantes/ parentes mais próximos, são informados da admissão, caso o doente/utente concorde.*”

Verificámos que um dos elementos entrevistados no serviço de Ortopedia refere que, casualmente, inclui a família no processo de admissão de doentes, o que entendemos ser uma atitude menos frequente. Esta é uma resposta que indicia a prática indispensável, o que, segundo o referido manual está num nível qualidade inferior, pelo que consideramos que o serviço de Ortopedia deverá melhorar as suas práticas nesta área.

Relativamente à justificação para a adopção das práticas de enfermagem relativas à inclusão ou não da pessoa significativa do processo de admissão do doente, classificamos o serviço de Ortopedia como o serviço com justificações que evidenciam melhores práticas, uma vez que identificamos nove unidades de registo integradas nas subcategorias consideradas positivas, que foram: “*Filosofia/ política de serviço*” e “*Questões relacionadas com o doente*”. Pauchet-Traversat *et al* (2003), quando se refere à atitude da enfermeira, salienta:

- Sentar-se ao lado ou em frente do paciente num local calmo.
- Estabelecer um clima de confiança e de segurança sendo credível, demonstrando verdadeiro interesse pelo paciente e sendo sensível às suas necessidades.
- Ser calorosa: demonstrar tacto, delicadeza e respeito pelo paciente.
- Utilizar uma linguagem compreensível para o paciente.
- Escuta atenta e activa: contacto visual, aquiescimento, reformulação.
- Expressar uma compreensão fiel e desprovida de julgamento dos acontecimentos.

Como podemos verificar, todos estes itens estão relacionados com o doente, pelo que consideramos “*Questões relacionadas com o doente*” uma justificação positiva para adopção das práticas.

No que se refere à responsabilidade do enfermeiro chefe no processo de admissão do doente no serviço, encontramos quatro unidades de registo, das quais duas são da área da gestão e outras duas pertencem à área da prestação de cuidados, pelo que depreendemos que alguns enfermeiros chefes desempenham actividades na área de gestão e na área da prestação de cuidados. Ora, é fácil perceber que isto está contra indicado, porque se o enfermeiro chefe tem que prestar cuidados, algo fica por fazer na área da gestão. Confrontando os dados, verificamos que os serviços em que os entrevistados referem que não há supervisão das práticas de enfermagem são os que referem que o enfermeiro chefe desempenha a sua actividade nas duas áreas, o que vem reforçar o que já referimos. Por tudo isto, identificamos o serviço com melhores práticas o de Ortopedia, pois é o único que

tem três unidades de registo integradas nas categorias identificadas como pertencentes à área da gestão, faz supervisão das práticas e utiliza suporte documental, pelo que entendemos que a supervisão das práticas influencia a atitude dos enfermeiros na utilização ou não de suporte documental.

Fundamentamos esta análise no critério 20.16 que refere “*A responsabilidade última pelos cuidados de enfermagem ou outros, prestados a cada doente/ utente é atribuída a um dos enfermeiros mais graduados do serviço.*” Ora, como o enfermeiro chefe é o enfermeiro mais graduado do serviço, pensamos que, sabendo qual a responsabilidade e participação do enfermeiro chefe/ coordenador no processo de admissão de doentes, poderíamos tirar as conclusões acima apresentadas.

Resumindo, tendo em conta toda a informação obtida sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão de doentes, verificamos que o serviço que apresenta práticas que estão mais de acordo com as normas apresentadas no Manual de Acreditação para Hospitais 2000 é o serviço de Ortopedia, mas ainda tem que aprender com os outros serviços a incluir frequentemente a família no processo de admissão de doentes.

4.2. A AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE

Pauchet-Traversat (2003) define a avaliação das necessidades do doente como colheita das informações que permitem identificar as necessidades em cuidados do paciente e acrescenta que esta etapa permite identificar os cuidados a dispensar e ajudar os outros profissionais de saúde a estabelecer quais são os que ficam à sua responsabilidade.

Pelos dados colhidos no nosso estudo no *benchmarking* métrico, identificamos que todos os serviços cumprem o critério 21.2.4, que refere que as avaliações são efectuadas por pessoal apropriadamente qualificado, pelo que podemos identificar este critério como área em que não vai haver melhoria com o processo de *benchmarking* das práticas. Em todas as outras podem ocorrer melhorias, embora, pouco significativas, uma vez que a variedade no cumprimento dos critérios entre os vários serviços também ela é pouco significativa.

Relativamente ao processo de avaliação das necessidades do utente, identificamos três subcategorias: “*Com base nos dados*”, “*Por necessidades humanas básicas*” e

“Através da observação e conversa informal”.

Segundo Pauchet-Traversat (2003), os métodos utilizados podem ser:

- A entrevista com o paciente e as pessoas significativas: baseada na comunicação verbal (colocar questões abertas e fechadas, repetir reformular a resposta) e não verbal (escuta activa, utilização do contacto visual e do toque).
- A observação sistemática do paciente: o exame físico consiste em examinar o paciente no momento da entrevista e dos primeiros cuidados com a intenção de colher dados que possam ser utilizados na planificação dos mesmos.
- A partilha das informações e colaborações com a equipa prestadora de cuidados (troca de informações com a finalidade de as completar e validar).
- Estudo dos documentos relativos ao estado de saúde do paciente (processo médico, boletim de saúde, etc).
- Recursos e limitações do paciente e das pessoas do seu ambiente familiar (suporte, ajuda).

Sabemos que, quanto mais dados colhemos mais fácil se torna a avaliação, desde que a fonte seja fidedigna, e pela avaliação que fizemos destes serviços concluímos que, na avaliação das necessidades dos doentes, o nível de qualidade das práticas dos serviços entrevistados é muito uniforme. Não se evidencia nenhum serviço com melhores práticas, pelo que entendemos que, nesta área, não obtemos grandes benefícios do *benchmarking* das práticas.

Relativamente à categoria *“Consideração pelo diagnóstico clínico”*, podemos concluir que não há uniformidade de critérios dentro das equipas de Cirurgia e Especialidades relativamente a esta subcategoria, e cada elemento se refere a esta categoria em subcategorias diferentes. Podemos, então, concluir que estas equipas podem aprender a uniformizar as suas práticas com as equipas de Medicina e Ortopedia que são as identificadas como as melhores práticas. Isto porque na avaliação das necessidades se deve ter sempre em consideração o diagnóstico clínico. Tal como refere Pauchet-Traversat *et al* (2003), *“O enunciado do diagnóstico ou do problema de saúde que identifica: a ajuda a dar nas actividades de vida diária; o ensino; as actividades de promoção da saúde; os dados de um diagnóstico de enfermagem; um problema de saúde real ou potencial; um problema interdependente - a ser solucionado em colaboração com o médico.”*

Pelos dados colhidos para o nosso estudo, relativamente ao “*envolvimento do utente na avaliação*”, podemos concluir que é no serviço de Cirurgia que encontramos as melhores práticas, pois, para além de haver uniformidade de critérios, este serviço responde que “*O utente é sempre envolvido*” o que está de acordo com o Manual de Acreditação para Hospitais 2000 no critério 21.2.2. quando refere que o doente deve ser sempre envolvido na avaliação das necessidades afectadas.

Segundo o Manual de Acreditação para Hospitais 2000, no critério 21.19.1, quando é do interesse do doente/ utente, os acompanhantes participam na avaliação do doente/ utente. Relativamente a esta categoria, os resultados colhidos no nosso estudo identificam o serviço de Ortopedia como o que apresenta melhores práticas, pois é o que evidencia mais unidades de registo na subcategoria que refere que “*A família é envolvida em casos especiais*”, o que está de acordo com o Manual de Acreditação para Hospitais 2000, no critério 21.19.1.

Dentro da categoria utilização de suporte documental para avaliação das necessidades do doente, identificamos o serviço de Ortopedia como o serviço com as melhores práticas nesta área, pois este foi onde se identificaram mais unidades de registo integradas na subcategoria “*É sempre utilizado*”.

A nossa decisão foi fundamentada em Pauchet-Traversat *et al* (2003) que, quando se refere à qualidade da entrevista e da colheita de dados, diz que esta se deve apoiar em quatro fontes de informação: observação, entrevista, exame físico, processo e documentos.

Resumindo, os dados colhidos relativamente à avaliação das necessidades do doente, permitem-nos concluir que Medicina e Ortopedia são os identificados como os serviços com as melhores práticas, pois no processo de avaliação das necessidades têm sempre em consideração o diagnóstico clínico. Já no referente ao “*envolvimento do utente na avaliação*”, podemos concluir que é no serviço de Cirurgia que encontramos as melhores práticas. No envolvimento da família, destacamos o serviço de Ortopedia já que refere que a família é envolvida em casos especiais assim como na categoria que se refere à utilização de suporte documental. Como podemos verificar todos os serviços podem melhorar a qualidade das suas práticas nesta área.

4.3. O PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

Pelos dados colhidos no nosso estudo sobre o planeamento dos cuidados podemos concluir que os critérios 21, 10 “*Os doentes/ utentes têm uma cópia, ou acesso ao seu plano de cuidados e tratamento.*” e 21.12 “*Os planos de cuidados e tratamento desenvolvidos por estagiários são assinados por pessoal qualificado.*” são identificados como áreas em que o *benchmarking* das práticas não vai trazer grandes melhorias. Em todas as outras áreas podem ocorrer melhorias embora pouco significativas, pois a diferença do nível de cuidados é pouco significativa.

Da análise de dados relativos à opinião dos enfermeiros sobre a utilidade do plano de cuidados, não conseguimos identificar, à partida, o que tem melhores práticas. No entanto, podemos verificar que no serviço de Medicina não identificamos unidades de registo na categoria “*Considera útil*”, pelo que entendemos que é o serviço que tem mais a beneficiar com o processo de *benchmarking* das práticas. Concluimos também que, apesar de a grande maioria das unidades de registo se encontrarem na subcategoria “*Considera útil*”, pensamos que o número que integra a subcategoria “*Considera inútil*”, ou seja, dois enfermeiros numa amostra de oito, é significativo, o que pode justificar a atitude de não fazer plano de cuidados.

Nos dados que representam a categoria relativa ao plano de cuidados por escrito, podemos observar que o serviço de Cirurgia é o que apresenta mais unidades de registo pertencentes à subcategoria “*Elabora plano de cuidados de forma escrita algumas vezes*”, pelo que pode ser identificado como sendo o serviço com melhores práticas, pois, segundo Pauchet-Traversat *et al* (2003) “*Estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, permite à enfermeira prestar os cuidados e avaliá-los fixando os objectivos de cuidados e atrasos na sua realização, programar intervenções de enfermagem e organizar a sua implementação.*”, pelo que é considerado uma boa prática.

Na categoria relativa a “*Como é ou deveria ser elaborado o plano de cuidados*”, não conseguimos identificar a melhor prática. No entanto, o processo de *benchmarking* das práticas atingiu o seu objectivo principal, porque todos os serviços podem aprender uns com os outros, já que as unidades de registo demonstram que todos os enfermeiros estão interessados nesta matéria.

Pauchet-Traversat *et al* (2003), refere que qualidade do plano de cuidados está:

- Na clareza e exactidão do diagnóstico de enfermagem ou do problema de saúde, presença de sinais ou sintomas que o validem.
- Características dos objectivos: comportar um verbo de acção mensurável, ter um conteúdo e prazo preciso, ser de curto ou longo prazo e, ser realizável e realista.
- Clareza e precisão das prescrições de enfermagem (o quê, quando, com que frequência, durante quanto tempo, precauções a tomar, qualidade da relação a estabelecer com o paciente e/ou as pessoas significativas).
- Coordenação dos cuidados de enfermagem com as prescrições médicas.

Relativamente à categoria que refere o envolvimento do utente no planeamento dos cuidados, não podemos identificar o serviço com melhores práticas, mas podemos referir que o serviço que tem mais a aprender é o serviço de Cirurgia, uma vez que é o único que apresenta duas unidades de registo na subcategoria que refere que “*O utente nem sempre é envolvido*”, o que está contra o critério 21.7 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000.

No que concerne à categoria relativa ao modo como é feita a actualização do plano de cuidados, constatámos que todas as unidades de registo do serviço de Cirurgia incidem na mesma subcategoria, o que revela uniformidade dos procedimentos, e, como neste caso a subcategoria não se identifica com a melhor prática, a uniformidade deste procedimento torna-se preocupante, pelo que o *benchmarking* das práticas nesta área pode ser benéfico para o serviço de Cirurgia, que pode aprender com os outros serviços.

Fundamentamos esta nossa decisão na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) que preconiza que as passagens de turno sejam feitas com base no plano de cuidados.

Resumindo, a área do planeamento dos cuidados é a área onde não se evidenciam boas práticas em nenhum serviço de internamento de adultos da instituição em estudo embora pudessem aprender algo uns com os outros. No entanto, pensamos que nesta área seria mais benéfico se utilizássemos um *benchmarking* externo.

4.4. A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

Pelos resultados encontrados no *benchmarking* métrico, relativamente aos critérios 21.14 e 21.15 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que referem que “*Um registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é arquivado no processo clínico do doente/utente.*”, e que “*O registo é datado e assinado por um profissional qualificado*” verificamos que todos os serviços respondem afirmativamente, pelo que o *benchmarking* das práticas não vai trazer grandes benefícios nesta área.

Já relativamente aos critérios 21.13 e 21.16 que referem “*Um elemento é responsável por garantir que o plano de cuidados e tratamento é implementado.*” e “*Todos os registos são mantidos num local de arquivo seguro dentro do serviço.*”, podemos identificar como tendo melhor prática o serviço de Ortopedia, pois é o único que responde sim a todos os critérios.

Pelo *benchmarking* das práticas, quanto ao modo como implementa os cuidados, identificamos as melhores práticas no serviço de Ortopedia, pois é onde encontramos mais unidades de registo integradas na subcategoria “*De acordo com o que foi planeado*”, o que está de acordo com o critério 21. 13 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000.

Relativamente à responsabilidade de implementação do plano, podemos verificar que existem dois serviços, Especialidades e Medicina, com uniformidade de procedimentos. Uma vez que a subcategoria identificada está em consonância com o critério 21.13 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, que refere “*Um elemento é responsável por garantir que o plano de cuidados e tratamento é implementado.*”, identificamos estes serviços como sendo os que têm melhores práticas.

No que diz respeito ao registo rigoroso dos cuidados prestados, identificamos como detentores das melhores práticas os serviços de Especialidades e Medicina, porque, pelo menos, um dos elementos refere que o registo é rigoroso. Segundo Elhart (1983) “*Os registos clínicos deveram documentar a qualidade da assistência que o doente recebeu por parte do enfermeiro....Cada organismo possui os seus próprios modelos de papeleta bem como os seus próprios modelos de preenchimento, os quais deverão ser meticulosamente respeitados.*”

Relativamente ao local onde os enfermeiros fazem os registos podemos concluir que só no serviço de Especialidades fazem todos os registos do processo de enfermagem,

pelo que é identificado como o que tem melhores práticas, pois, como refere Elhart (1983), cada organismo possui os seus próprios modelos de papeleta que deverão ser meticulosamente respeitados.

No que se refere ao critério 21.16 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000, que refere que todos os registos são mantidos num local de arquivo seguro dentro do serviço, verificamos que todos responderam que o consideravam “*Relativamente seguro*”.

Resumindo, tendo em conta as informações colhidas sobre a implementação dos cuidados, concluímos que os serviços de Especialidades e Medicina são os que identificamos como tendo as melhores práticas relativamente à responsabilidade de implementação do plano e ao registo rigoroso dos cuidados prestados. Quanto ao modo como é implementado, as melhores práticas foram identificadas no serviço de Ortopedia.

4.5. A AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS

Segundo Pauchet-Traversat *et al* (2003), a avaliação consiste em questionar até que ponto os objectivos e a satisfação das necessidades do paciente foram atingidos. Refere-se aos progressos conseguidos pelo paciente: resultados obtidos ou mudanças observadas, satisfação relacionada com os cuidados. Implica a revisão do plano de cuidados, assim que surgem mudanças no estado ou na condição do paciente (melhoria, complicações, etc). O Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere-se à avaliação das necessidades aplicando o termo revisão das necessidades, pelo que vamos detectar uma discrepância de terminologia nos dados colhidos para o *benchmarking* métrico da usada na colheita de dados para o *benchmarking* das práticas.

Relativamente à avaliação dos cuidados, no *benchmarking* métrico, reparamos que o serviço identificado como tendo as melhores práticas é o serviço de Cirurgia, pois apresenta dois critérios cumpridos, o que não acontece com mais nenhum serviço. Verificamos, também, que em todas as áreas podem ocorrer melhorias embora não muito significativas.

No que diz respeito à avaliação dos cuidados prestados, no *benchmarking* das práticas identificamos os serviços de Medicina e de Ortopedia com as melhores práticas,

porque apresentam três unidades de registo na subcategoria que refere que o enfermeiro faz a avaliação *“Com base nas necessidades que vão sendo satisfeitas”*, porque tal como refere Pauchet-Traversat *et al* (2003), *“A avaliação permite interrogarmo-nos sobre a resolução do problema de saúde anteriormente formulado ou sobre a necessidade de formular um outro diagnóstico de enfermagem, sobre os objectivos atingidos, a eficácia das intervenções de enfermagem (...)”*.

O critério 21.17 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere *“A avaliação, planeamento e implementação do plano de cuidados e tratamento são revistos, a intervalos acordados, pela equipa multiprofissional.”*. Como entendemos que este critério engloba dois itens, um relativo à regularidade com que é feito e outro relativo à equipa multiprofissional, na colheita de dados para o *benchmarking* das práticas, elaborámos duas questões diferentes, pelo que vamos apresentar os resultados separados.

Relativamente à categoria a avaliação é feita individualmente ou em equipa, concluímos que os serviços com melhores práticas são o serviço de Medicina e o de Ortopedia, pois identificamos duas unidades de registo de cada serviço na subcategoria *“A avaliação é feita em equipa”*. Entendemos que, se a avaliação for feita em equipa, há menos probabilidade de erro.

No que se refere à regularidade com que é feita a avaliação dos cuidados prestados, consideramos como tendo as melhores práticas o serviço de Especialidades, porque apresenta duas unidades de registo na subcategoria *“por turno”* e uma na subcategoria *“Quando há alterações significativas”*, o que segundo Pauchet-Traversat *et al* (2003) é o procedimento correcto.

Relativamente à categoria que refere se os doentes têm acesso a uma segunda opinião se o solicitar, identificamos os serviços de Cirurgia e Medicina como os serviços com melhores práticas, já que são os que referem que o doente tem acesso a uma segunda opinião, tal como refere o critério 21.17 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000: *“Quando apropriado, está previsto acesso a uma revisão independente/ segunda opinião dos cuidados e tratamento proporcionado aos doentes/ utentes.”*

Resumindo, os dados colhidos relativamente à avaliação dos cuidados fazem-nos concluir que os serviços identificados com tendo as melhores práticas são os serviços de Medicina e de Ortopedia, assim como no que refere à avaliação se é feita individualmente ou em equipa.

Relativamente à regularidade com que é feita a avaliação dos cuidados prestados, consideramos como a melhor prática identificada o serviço de Especialidades. Os serviços de Cirurgia e Medicina são identificados com tendo as melhores práticas no que concerne ao item que refere o facto dos doentes terem acesso a uma segunda opinião se a solicitarem.

4.6. A POLÍTICA RELATIVA À ALTA DE UM DOENTE/ UTENTE DO SERVIÇO

Relativamente aos procedimentos a ter quando um doente tem saída/ alta do serviço, através dos dados colhidos para o *benchmarking* métrico, verificamos que os critérios 22.6, “*O serviço possui uma lista de verificação padronizada de saída/ alta*”, 22.8 “*Um resumo do processo clínico do doente/ utente e do plano de saída/alta do serviço é transferido com o doente/utente, quando aplicável*” e 22.9 “*Um resumo das partes relevantes do processo clínico do doente/ utente é comunicado ao médico de família/ assistente e outras entidades envolvidas no tratamento e cuidados continuados*” são cumpridos por todo os serviços, enquanto que o critério 22.11.2 “*Cancelamento de todas as consultas marcadas e parar a correspondência de rotina na morte de um doente/ utente*” não é cumprido por nenhum, pelo que concluímos que, nestas áreas, o *benchmarking* das práticas não vai melhorar as práticas de enfermagem. No entanto, vamos verificar se isto se confirma com o questionário aplicado no *benchmarking* das práticas.

Na categoria relativa aos procedimentos a ter quando um doente tem alta de um serviço, identificamos o serviço de Medicina como o que apresenta melhores práticas, pois para além de ser o serviço que apresenta mais unidades de registo, só nas que dizem respeito ao ensino têm sete unidades de registos, o que é de facto um indicador de qualidade dos serviços, uma vez que, todo o doente quando tem alta de um serviço necessita de orientações relativas ao seu estado de saúde. Tal como refere Pauchet-Traversat *et al* (2003), “*Os conhecimentos e as competências da enfermeira devem permitir-lhe implementar acções educativas que ajudem o paciente a adquirir novos conhecimentos, saber-fazer e comportamentos; aconselhá-lo para que ele próprio possa tomar decisões relativas à boa gestão da sua saúde e da sua doença.*”

O critério 22.1 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*Existe um procedimento documentado e actualizado para sair de um serviço/ alta que é consistente com a política de altas da organização.*” Nesta área o processo de *benchmarking* das práticas não atingiu os objectivos porque não conseguimos identificar as melhores práticas. Ficamos a saber que não havia procedimento escrito em nenhum serviço, pois os entrevistados confundiram procedimento com carta de recomendações. Mas, se utilizássemos as subcategorias identificadas na categoria relativa aos procedimentos a ter quando um doente tem saída/ alta do serviço, facilmente se poderia elaborar um procedimento de saída e alta dos serviços que fosse aplicado uniformemente a todos os serviços, o que já era um benefício.

Relativamente ao critério 22.4 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 que refere: “*O planeamento da saída/ alta de um serviço é iniciado antes de ou a partir da admissão*”, após apresentação dos resultados, verificamos que há pelo menos uma unidade de registo de cada serviço que contempla a categoria “*No momento em que o doente entra no serviço*”, o que significa que, à partida, nos indica que todos os serviços estão no mesmo nível de qualidade.

No entanto, quando o diagnóstico do doente não permite fazer prognósticos, consideramos que a subcategoria “*Quando a situação clínica do doente fica estabilizada*” pode ser contemplada como indicador de boa prática e, assim sendo, o serviço de Ortopedia poderá ser considerado o serviço com a melhor prática no processo de *benchmarking* das práticas, no que concerne ao horizonte temporal em que é feito o planeamento da alta de um doente.

O critério 22.7 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*O serviço tem um conjunto de informação de saída/ alta para doentes/ utentes e acompanhantes sobre serviços comunitários e continuidade de cuidados.*” Após a análise dos dados verificamos que todos os serviços cumprem este critério pois todos têm “*Carta para o médico de família*” e “*Carta de enfermagem*” que são entregues ao doente ou familiar o que, por si só, cumpre o critérios.

O critério 22.5 do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 refere: “*O planeamento da saída/ alta de um serviço é coordenado com outras entidades envolvidas nos cuidados e tratamento continuados do doente/ utente.*”, o que, na realidade da

instituição em estudo, pressupõe “*contacto directo com a unidade de saúde mais próxima*” o que é um indicador de garantia da continuidade dos cuidados.

Pelas respostas que obtivemos não identificamos o serviço com as melhores práticas, mas detectamos uma preocupação dos enfermeiros relativamente a um problema interinstitucional que é a falta de garantia da continuidade dos cuidados, o que pode também melhorar as práticas de enfermagem nesta área.

Resumindo, tendo em conta os dados colhidos para identificar a política relativa à alta de um doente/ utente dos serviços, concluímos que, relativamente aos procedimentos a ter quando um doente tem alta de um serviço, o serviço de Medicina foi identificado como o que apresenta melhores práticas. Relativamente ao critério 22.4 consideramos que o serviço de Ortopedia apresenta melhores práticas, uma vez que refere a subcategoria “*Quando a situação clínica do doente fica estabilizada*” que pensamos estar mais de acordo com a realidade do serviço.

Quanto aos restantes critérios tivemos alguma dificuldade em retirar conclusões, já que os serviços apresentavam uma grande uniformidade de procedimentos. No entanto, encontramos uma grande lacuna institucional, que faz parte das preocupações dos enfermeiros e que se refere à falta de garantia de continuidade de cuidados.

5. CONCLUSÃO

A capacidade e habilidade para a prática reflexiva são componentes fundamentais para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem. Nos últimos anos, o debate sobre a prática reflexiva tem ocupado um lugar privilegiado na literatura de enfermagem, enfatizando a necessidade de criação de espaço para a reflexão em contexto das práticas de enfermagem. A qualidade das práticas de enfermagem constitui um tema através do qual se pode estruturar espaço e tempo para reflexão, embora seja necessário um compromisso pessoal e organizacional para a proteger da erosão e da confluência com outros compromissos da organização. A reflexão crítica, fomentada pela cultura da qualidade, contribui para o desenvolvimento de capacidades formativas e ajuda ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Entre os aspectos mais importantes dum processo de *benchmarking*, salientamos a sua capacidade de melhorar a qualidade. O aspecto organizacional e contexto cultural onde este se desenvolve, bem como o grau de liberdade com que é permitido aos participantes reconhecerem os erros e aplicar novas práticas, são determinantes no processo de *benchmarking*.

Enquanto enfermeiros consideramos que esta foi uma ótima oportunidade de cooperar com a instituição na melhoria da qualidade das práticas de enfermagem, na medida em que pensamos que este trabalho constitui um importante contributo para a reflexão sobre as representações e opiniões dos enfermeiros de referência, sobre as suas próprias práticas. Entendemos ser esta uma ótima possibilidade de sensibilizar para a divulgação do processo de *benchmarking* das práticas de enfermagem, por constituir uma perspectiva de desenvolvimento organizacional aliciante, atendendo aos benefícios que pode trazer para o desenvolvimento dos profissionais e para a qualificação e produtividade da própria organização. Além de constituir um foco de interesse inestimável e estimulante para qualquer enfermeiro, é um desafio para a realização deste estudo.

Numa análise final do estudo “*Contributos do benchmarking para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem*”, realizado no decurso do Mestrado em Gestão Pública na Universidade de Aveiro, reconhecemos neste trabalho algum mérito e progresso para a compreensão da área em estudo.

Independentemente das conclusões que retiramos dos resultados do estudo, que disponibilizamos e que gostaríamos de ver aplicadas, consideramos ser relevante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que constituíram a nossa amostra, a reflexão que fizeram sobre as próprias práticas, descrevendo-as. Por outro lado, permite-nos a divulgação do processo de *benchmarking* e do modo como este pode contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem, dentro de um contexto de melhoria contínua do desempenho organizacional, sensibilizando os enfermeiros para uma cultura da qualidade.

Ao nível da organização em estudo, importa realçar a colaboração incondicional dos membros do Conselho de Administração, bem como de todos os enfermeiros. Este aspecto assume particular importância, dado que a implementação de um processo de *benchmarking* deve ser feita no local onde haja colaboração dos participantes.

O desenvolvimento do estudo obedeceu a opções da investigadora que acarretaram algumas limitações. A primeira, relativa à utilização das normas do Manual de Acreditação para Hospitais 2000 para a colheita dos dados, pois, pensando em adequar ao máximo os recursos, verificamos que ficaram muitas práticas de enfermagem por trabalhar, que, muito embora não estivessem inseridas no referido manual, poderiam contribuir para melhorar os procedimentos dentro da área das práticas de enfermagem.

Outra limitação foi o número de enfermeiros entrevistados. A certa altura do trabalho pensámos que era um número muito limitado e fizemos mais duas entrevistas, mas deparámo-nos com o problema da sobreposição de dados, optando por ficar com a amostra inicial. Mas, no final do estudo, continuamos a pensar, que, apesar de correremos o risco de encontrarmos sobreposição de alguns dados, em determinadas áreas, poderíamos ter encontrado melhores resultados se tivéssemos uma amostra maior.

Face aos resultados obtidos, uma vez que os objectivos do trabalho foram atingidos, resta-nos recomendar que as melhores práticas sejam aplicadas aos outros serviços, não só para que este estudo tenha a utilidade desejada pela autora, como também, para que desta forma, o processo de *benchmarking* contribua efectivamente para a melhoria das práticas de enfermagem.

Para terminar gostaríamos de nos referir às possíveis investigações futuras no domínio do *benchmarking* das práticas de enfermagem. Sendo esta uma área tão vasta e tão pouco explorada no nosso país, consideramos que é imenso o potencial de investigação.

No entanto, no nosso caso, parece-nos fundamental desenvolver um estudo similar ao que desenvolvemos, mas fazendo um *benchmarking* externo. Outro trabalho, que podemos sugerir dentro do *benchmarking* interno, é fazer uma investigação idêntica à que fizemos, mas, aplicada só a procedimentos de enfermagem.

Poderíamos sugerir muitos outros trabalhos para investigações futuras, pois à medida que continuamos as nossas investigações no campo da melhoria da qualidade nas organizações públicas, aumentamos os nossos conhecimentos sobre o papel da gestão na sobrevivência e competitividade das organizações.

A gestão pública é um conjunto de caminhos a explorar, mais do que uma meta a atingir.

BIBLIOGRAFIA

- APPLEBY, A. (1999) – *Benchmarking Theory - A Framework for the Business World as a Context for its Application in Higher Education*, In *Benchmarking and Threshold Standards in Higher Education* – K. P. Limited: London.
- BARDIN, Laurence (2002) – *Análise de Conteúdo* – Edições 70: Lisboa.
- BOAVISTA, Anabela; PISCO Luís; RIBEIRO, Luís e FRANÇA, Margarida (1999) – Protocolo IQS/ KFHQS – *Qualidade organizacional hospitalar*. Instituto da Qualidade em Saúde: Lisboa.
- BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari (1994) – *Investigação Qualitativa em Educação: uma Introdução à Teoria e aos Métodos* – Porto Editora: Porto.
- BONOMA, Thomas V. (1985) – Case research in marketing – Opportunities, problems and a process – In *Journal of Marketing Research*, Vol. 22, May. Canada.
- BRILMAN, Jean (2000) – *As Melhores Práticas – No Centro do Desempenho* – Sílabo: Lisboa.
- CARVALHO, Amílcar; QUEIRÓS, Paulo; HENRIQUES, Fernando (1991) – *Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Coimbra.
- CARVALHO, Óscar de (2001) – *Benchmarking. Uma Ferramenta para a Melhoria Contínua* – Instituto Português da Qualidade: Lisboa.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (1999) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – Associação Portuguesa de Enfermeiros: Lisboa.
- DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM (2003) – Dados estatísticos 2001-2002 – *Boletim informativo da Direcção de Enfermagem do Hospital Distrital de Águeda* – nº 1 (Fevereiro). Águeda.
- DONNELLY, James H., GIBSON, James L., IVANCEVICH, John M. (2000) – *Administração – Princípios de gestão empresarial* – 10ª ed. Mac Graw-Hill: Lisboa.

- ELHART, D.; FIRSICH, S.C.; GRAGG, S.H.; REES, O.M. (1983) – *Princípios Científicos de Enfermagem* – 8ª ed. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos: Lisboa.
- ELLIS, Jane (2002) – How benchmarking can improve patient nutrition – *Nursing Times*, vol. 98, nº 44 (October). London.
- ELLIS, Judith (2000) – Sharing the evidence: clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care - *In Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, nº 1 (July). Oxford.
- ESTRELA, Albano (1986) – *Teoria e Prática de Observação de Classes: uma Estratégia de Formação de Professores* – 3ª ed. Estampa: Lisboa.
- EUROPEAN BENCHMARKING NETWORK – *What is it?* – <http://forum.europa.eu.int/irc/euradmin/eubenchmarking/info/data/en/ebnsite/page1b.html>. Data da consulta: 2005/01/24.
- FERREIRA, Lara de Noronha (2004) – *O (novo) combate às listas de espera (I)* – <http://alternativ.planetaclix.pt/lara/2004-06-03lara.html>. Data da consulta: 17-06-2005.
- FRANÇA, Margarida (2002) – Programa nacional de acreditação – *Qualidade em Saúde* – Instituto da Qualidade em Saúde, Edição especial (Maio). Lisboa.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização* – Lusociência: Loures.
- FORTIN, Marie-Fabienne; GRENIER, Raymond; NADEAU, Marcel (1999) – *Métodos de Colheita de Dados*. In processo de investigação – Lusociência: Loures.
- FRID, Ingvar; OHLEN, Joakim (2000) – On the use of narratives in nursing research – *Journal of Advanced Nursing*, nº 32 (3). London.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, Benjamin (2001) - *O Inquérito: Teoria e Prática* – 4ª ed. Celta Editora: Oeiras.
- GIL, António Carlos (1988) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* – 3ª ed. Atlas: São Paulo.

- HEIDEMANN, Elma (1999) – *Accreditation of Health Organizations* – Forum de Administração de Saúde – 2º ciclo de debates 1998/1999. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- HESBEEN, Walter (2001) – *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar* – Lusociência: Loures.
- HOSPITAL AMATO LUSITANO (2003) – *Projecto benchmarking da formação* – <http://www.hal.min-saude.pt/pro/serv/bench.htm>. Data da consulta: 2005/01/24.
- HUBERMAN, A. M. ; MILES, M.B. (1991) – *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* – De Boeck Université : Bruxelles.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE – *Quem somos?* – <http://mercurio.iqs.pt/news.htm>. Data da consulta 2003/12/26.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2000) – *Manual de Acreditação para Hospitais 2000* – Instituto da Qualidade em Saúde: Lisboa.
- JOHNS, Christopher (2001) – *Becoming a Reflective Practitioner* – Blackwell Science: London.
- JOHNSTON, R. e CLARK, G. (2001) – *Service Operations Management* – Pearson Education Limited: Harlow.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (2001) – *Fundamentos de Metodologia Científica* – 4ª ed. Atlas: São Paulo.
- LESSARD-HÉRBERT, M. ; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990) – *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas* – Instituto Piaget: Lisboa.
- LOPES, Armandina; NUNES, Lucília (1995) – *Acerca da Trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética* – *Nursing Times*, vol.12. nº 8 (October). London.
- LUNDVALL, B. (2000) – *Innovation Policy and Knowledge Management in the Learning Economy* – 4th *International Conference on Technology and Innovation*: Curitiba.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – *Benchmarking dos 31 Hospitais* – [http://www.hospitaissa.minsaude.pt/Hospitais_SA/Projectos_UM/Projectos_Transversais/Benchmarking+ 31_HSA/](http://www.hospitaissa.minsaude.pt/Hospitais_SA/Projectos_UM/Projectos_Transversais/Benchmarking+31_HSA/). Data da consulta: 2005/01/22.
- NUNES, Rui e REGO, Guilherme (2002) – *Prioridades na Saúde* – McGraw-Hill de Portugal: Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – *Conselho de Enfermagem – Do Caminho Percorrido e das Propostas* (análise do primeiro mandato – 1999-2003). Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- OURIVES, Alzira da Conceição (1993) - *O papel do enfermeiro director para o cuidado do serviço de enfermagem* - Servir, 41 (5). Lisboa.
- PATTERSON, J. G. (1998) – *Conceitos Fundamentais de Benchmarking – à procura de um melhor caminho* – Monitor Projectos e Edições: Lisboa.
- PAUCHET-TRAVERSAT, A. F.; BESMIER E. ; BONNERY, A. M. ; GABA-LEROY, C. (2003) - *Cuidados de Enfermagem Fichas Técnicas – Fundamentos de Enfermagem, Cuidados Técnicos Centrados na Pessoa Cuidada* – 3ª ed. Lusiciência: Loures.
- PHIPPS, Wilma J.; LONG, Bárbara; WOODS, Nancy F. (1999) – *Enfermagem Médico Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica* – 2ª ed. Vol. I. Tomo I. Lusodidacta: Lisboa.
- PINTO, Ana Lúcia (2001) – *Benchmarking em Serviços Públicos* – Secretariado para a Modernização Administrativa: Lisboa.
- POLGAR, Stephen e THOMAS, Share A. (1993) – *Investigacion en las Ciencias de la Salud* – Churchill Livingstar, U.K.
- POLIT, Denise; MCKENZIE, Cheryl (1999) – *Nursing Research. Principles and Methods* – 6th ed. Lippincolt: Philadelphia.
- PUBLIC SECTOR BENCHMARKING SERVICE (2004) – *About the public sector benchmarking service* – http://www.benchmarking.gov.uk/about_psb/thepbs.asp. Data da consulta: 2003/06/07.

PUBLIC SECTOR BENCHMARKING SERVICE (2004) – *What is Benchmarking?* – http://www.benchmarking.gov.uk/about_bench/whatisit.asp#. Data da consulta: 2003/06/07.

PUBLIC SECTOR BENCHMARKING SERVICE (2004) – *Benefits from Benchmarking* – http://www.benchmarking.gov.uk/about_bench/benefits.asp. Data da consulta: 2003/06/07.

III QUADRO COMUNITÁRIO DE APOIO AO ABRIGO DO PLANO OPERACIONAL SAÚDE (POS) – *Medida 2.3.* <http://www.qca.pt/po/download/saude.rtf>. Data da consulta: 2005/01/07.

QUIVY, Raymond (1992) - *Manuel de Recherche en Sciences Sociales* - Bordas: Paris.

RICOEUR, Paul (1991) - *From Text to Action. Essays in Hermeneutics, II* - Northwestern University Press: Illinois.

ROSSEAU, Nicole e SAILLANT, Francine (1999) – *Abordagens da Investigação Qualitativa* – In Processo de Investigação – Lusociencia: Loures.

SARGIACOMO, Massimo (2002) – Benchmarking in Italy: the first case study on personnel motivation and satisfaction in a Health Business – *Total Quality Management*, vol. 13, nº 4. Pescara.

SILVA, José Orvalho (1998) – 1º Benchmarking sobre qualidade em serviços públicos – *Secretariado para a Modernização Administrativa, Presidência do Conselho de Ministr.:* Lisboa.

TAYLOR, David (1998) – *Improving health care, a King's Fund policy paper* – King's Fund: London.

WISNIEWSKI, M. (2001) – *Measuring up to the best: A manager's guide to benchmarking* – *In Exploring Public Sector Strategy*. P. E.: Harlow.

VALA, Jorge (2003) – “A análise de conteúdo” – In SILVA, Augusto S; PINTO, José M. (org.) – *Metodologia das ciências sociais* – 12ª ed. Edições Afrontamento: Porto.

YIN, Robert K. (2003) - *Case Study Research - Design and Methods* – 3ª ed. Sage Publications Inc: California.

YIN, Robert K. (1989) - *Case Study Research - Design and Methods* - Sage Publications Inc.: USA.

LEGISLAÇÃO

DECRETO-LEI Nº135/99, Diário da República, (94) Série I-A de 22 de Abril – *Medidas de Modernização Administrativa*.

DECRETO-LEI Nº 353/99, Diário da República, (206), Série I-A de 3 de Setembro – *Curso de Complemento de Formação em Enfermagem*.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS Nº100/ 2002, Diário da Republica, (121), Série I-B de 25 de Maio de 2002 – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS Nº 15/ 2003, Diário da República (30) Série I-B de 17 de Janeiro de 2003 – Criação dos Hospitais SA.

ANEXOS

Anexo I – Questionário do *benchmarking* métrico

MARIA CLARA CARDOSO FARIAS

QUESTIONÁRIO

Junho 2004

Caro(a) colega

Maria Clara Cardoso Farias, Enfermeira Especialista, actualmente a exercer funções na área da gestão no serviço de ortopedia desta instituição, a frequentar o Mestrado em Gestão Pública na Universidade de Aveiro, pretende realizar um trabalho empírico sobre Benchmarking das práticas de enfermagem neste Hospital.

Para a realização deste trabalho propõe-se realizar um Benchmarking métrico das práticas de enfermagem nesta instituição, utilizando algumas das normas e critérios do King's Fund Health Quality Service, aplicáveis aos serviços de enfermagem.

A concretização do estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, pelo que lhe solicita que leia atentamente as instruções e que responda a todas as questões com a máxima sinceridade.

Após o preenchimento, coloque o questionário no envelope que lhe é fornecido, feche-o e devolva-o, tendo o cuidado de não escrever a sua identificação em qualquer parte do questionário ou do envelope, para que possa garantir a confidencialidade das suas respostas.

Grata pela colaboração, agradece desde já a atenção dispensada, e coloca o estudo ao seu dispor após a sua conclusão, para que possa conhecer e analisar os resultados.

Aveiro, 7 de Junho de 2004

1. Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional dos Enfermeiros

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade: ____ anos
3. Formação profissional:
 Bacharelato em enfermagem ☐ Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal
 Especialização em Enfermagem Mestrado Doutoramento
4. Categoria profissional: Enfermeiro Graduado Especialista Chefe
5. Tempo de exercício profissional: _____ Anos
6. Tempo de exercício no serviço: _____ Anos
7. Área de actuação: Gestão Prestação de cuidados

2. Benchmarking Métrico das normas e critérios do King's Fund Health Quality Service

Leia atentamente as normas e critérios que se seguem, aplique-as ao serviço onde exerce funções e responda às questões colocando a letra (S; N; P) que melhor expressa a sua opinião na coluna da direita, de acordo com a seguinte grelha:

S: Sim

N: Não

P: Parcial

As colunas que se encontram com preenchimento cinzento não são para responder.

Norma 20: Admissão do doente no serviço – Os doentes/ utentes dispõem de um programa planeado de admissão e é assegurada a continuidade de cuidados.

CRITÉRIOS		Sim / Não / Parcial
Admissões		
20.12	Existe um procedimento documentado e actualizado para admissão no serviço, que está de acordo com a política de admissão da organização	
20.13	O procedimento é divulgado a:	
	20.13.1 doentes/ utentes e acompanhantes	
	20.13.2 referenciadores.	
20.16	A responsabilidade última pelos cuidados de enfermagem ou outros, prestados a cada doente/ utente é atribuída a um dos enfermeiros mais graduados do serviço.	
20.17	Existe um procedimento normalizado de admissão.	
20.18	Os acompanhantes/ parentes mais próximos, são informados da admissão, caso o doente/ utente concorde.	

Norma 21: Avaliação, planeamento, implementação e revisão do tratamento e cuidados – Todos os doentes/utentes têm avaliações individuais das suas necessidades e preferências. Estas são reflectidas nos planos de cuidados e tratamento que são implementados e revistos. Os cuidados e tratamento estão centrados no doente/utente, que está envolvido em todos os aspectos do processo.

CRITÉRIOS		Sim / Não / Parcial
Avaliação		
21.1	Todos os doentes/ utentes têm avaliações individuais.	
21.2	O processo de avaliação assegura que:	
	21.2.1 todas as avaliações têm uma finalidade clara que é entendida pelo doente/ utente	
	21.2.2 o doente/utente está envolvido na avaliação	
	21.2.3 quando apropriado, os acompanhantes participam na decisão de como se resolvem os problemas identificados	
	21.2.4 as avaliações são efectuadas por pessoal apropriadamente qualificado.	
	21.2.5 faz-se uma avaliação holística.	
21.3	Os doentes/ utentes têm acesso ao resumo e recomendações da sua avaliação e é-lhes permitido discuti-los com o pessoal.	
21.5	Tomam-se providências especiais para a avaliação de necessidades de doentes/ utentes que:	
	21.5.1 são idosos	
	21.5.2 têm dificuldades físicas associadas	
	21.5.3 resultem de razões étnicas ou religiosas	
	21.5.4 são crianças ou adolescentes	
	21.5.5 têm dificuldades de comunicação	
	21.5.6 têm compromissos sensoriais.	
	21.5.7 desafiam o serviço com o seu comportamento	
	21.5.8 tenham problemas de saúde mental	
	21.5.9 sejam retidos ao abrigo da Lei da Saúde Mental, Lei 36/98 de 24/06	
Planeamento de cuidados e tratamento		
21.6	Existe um plano escrito de cuidados e tratamento para cada doente/ utente.	
21.7	O doente/ utente está envolvido no planeamento dos seus cuidados e tratamento	
21.8	O doente/ utente está envolvido no planeamento dos seus cuidados e tratamento	
21.9	O plano individual de cuidados e tratamento é produzido num formato que é entendido pelo doente/ utente e acompanhante, quando aplicável.	
21.10	Os doentes/ utentes têm uma cópia do, ou acesso ao, seu plano de cuidados e tratamento.	
21.11	As preocupações acerca da capacidade do doente/ utente para ser envolvido no planeamento dos seus cuidados e tratamento:	
	21.11.1 são discutidas com o doente/ utente, e acompanhante, quando aplicável,	
	21.11.2 são documentadas e revistas regularmente.	
21.12	Os planos de cuidados e tratamento desenvolvidos por estagiários são assinados por pessoal qualificado.	

Implementação de cuidados e tratamento		
21.13	Um elemento é responsável por garantir que o plano de cuidados e tratamento é implementado.	
21.14	Um registo escrito dos cuidados e tratamentos recebidos é arquivado no processo clínico do doente/ utente.	
21.15	O registo é datado e assinado por um profissional qualificado.	
21.16	Todos os registos são mantidos num local de arquivo seguro dentro do serviço.	
Revisão de cuidados		
21.17	A avaliação, planeamento e implementação do plano de cuidados e tratamento são revistos, a intervalos acordados, pela equipa multiprofissional.	
21.18	Quando apropriado, está previsto acesso a uma revisão independente/segunda opinião dos cuidados e tratamento proporcionado aos doentes/utentes.	
Parceria com os acompanhantes		
21.19	Quando é do interesse do doente/ utente, os acompanhantes participam:	
	21.19.1 na avaliação do doente/ utente,	
	21.19.2 no planeamento do tratamento e actividades,	
	21.19.3 na revisão do tratamento e actividades.	

Norma 22: Saída/ alta de um serviço – Os doentes/ utentes têm um programa planeado para sair de um serviço/ alta que assegura a continuidade dos cuidados.

CRITÉRIOS		
Política relativa a saída/ alta de um serviço		Sim / Não / Parcial
22.1	Existe um procedimento documentado e actualizado para sair de um serviço/ alta que é consistente com a política de altas da organização.	
22.2	Existe um procedimento documentado e actualizado de transferência para:	
	22.2.1 serviços dentro da organização,	
	22.2.2 serviços fora da organização.	
	22.3.1 pessoal,	
	22.3.2 doentes/ utentes,	
	22.3.3 acompanhantes,	
	22.3.4 outros.	

Planeamento da saída/alta de um serviço		
22.4	O planeamento da saída/ alta de um serviço é iniciado antes de ou a partir da admissão.	
22.5	O planeamento da saída/ alta de um serviço é coordenado com outras entidades envolvidas nos cuidados e tratamento continuados do doente/ utente.	
22.6	O serviço possui uma lista de verificação padronizada de saída/ alta.	
22.7	O serviço tem um conjunto de informação de saída/ alta para doentes/ utentes e acompanhantes sobre serviços comunitários e continuidade de cuidados.	
22.8	Um resumo do processo clínico do doente/ utente e do plano de saída/ alta do serviço é transferido com o doente/ utente, quando aplicável.	
22.9	Um resumo das partes relevantes do processo clínico do doente/utente é comunicado ao médico de família/ assistente e outras entidades envolvidas no tratamento e cuidados continuados.	
22.10	O planeamento de alta são monitorizados e revistos.	
22.11	Existem implementados procedimentos documentados e actualizados sobre:	
	22.11.1 encaminhamento daqueles doentes/ utentes falecidos que, por lei, necessitam de autópsia.	
	22.11.2 cancelamento de todas as consultas marcadas e parar a correspondência de rotina na morte de um doente/ utente.	
22.12	Quando aplicável, a morte de um doente/ utente internado compulsivamente é comunicada nos termos da Lei de Saúde Mental.	

Anexo II – Guião das entrevistas

MARIA CLARA CARDOSO FARIAS

Guião das Entrevistas

Aveiro, Junho 2004

GUIÃO DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS

Tema: **Contributos do *Benchmarking* para a Melhoria das Práticas de Enfermagem**

Objectivos:

- 1 – Identificar as melhores práticas de enfermagem nos serviços de internamento de adultos;
- 2 – Identificar áreas para melhorias;
- 3 – Conhecer alguns factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros para adoptar essas práticas.

1. Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional dos Enfermeiros

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade: ____ anos
3. Formação profissional:
Bacharelato em Enfermagem Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal
Especialização em Enfermagem Mestrado Doutoramento
4. Categoria profissional: Enfermeiro Graduado Especialista Chefe
5. Tempo de exercício profissional: _____ Anos
6. Tempo de exercício no serviço: _____Anos
7. Área de actuação: Gestão Prestação de cuidados

2. Blocos temáticos, objectivos específicos e estratégias

Designação dos blocos temáticos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
A – Legitimação da entrevista e motivação.	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista. - Incentivar o entrevistado a colaborar. 	<p>1 – Informar o entrevistado sobre o projecto de investigação, em termos gerais.</p> <p>2 – Solicitar colaboração, pois o seu contributo é imprescindível para a prossecução do trabalho.</p> <p>3 – Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas</p> <p>4 – Solicitar autorização para a gravação da entrevista, assegurando que a mesma será destruída após a transcrição dos dados.</p>	<p>- Duração média da entrevista: 20 a 30 minutos</p> <p>- Tentar que o entrevistado responda às questões de modo claro e preciso, sem desvio dos blocos temáticos e objectivos específicos.</p>
B – Representações sobre as práticas de enfermagem no processo de admissão do doente no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher dados que permitam identificar as práticas de enfermagem adoptadas pelo(a) entrevistado(a) no processo de admissão do doente no serviço. 	<p>1 – Solicitar que refira as práticas que adopta no processo de admissão de doentes:</p> <p>a) Tem e utiliza suporte documental</p> <p>b) Teve formação específica sobre admissão de doentes;</p> <p>c) Existe supervisão das práticas de admissão;</p> <p>d) Inclui a família/ pessoa significativa no processo;</p> <p>e) Motivos para adopção dessas práticas.</p> <p>2 – Solicitar ao entrevistado que refira a responsabilidade e participação do Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço no processo de admissão de doentes.</p>	<p>-A entrevistadora deve colocar as questões, de forma a manter o fio condutor de pensamento do entrevistado.</p> <p>- A entrevistadora deverá estar atenta às declarações do entrevistado sem perder de vista os objectivos gerais da entrevista.</p>
C – Representações sobre a avaliação das necessidades do utente internado no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> -Recolher dados que nos permitam saber como é que o enfermeiro faz a avaliação das necessidades do utente 	<p>1 - Solicitar que refira como faz a avaliação das necessidades do utente:</p> <p>a) Considera o diagnóstico clínico;</p> <p>b) Envolve o utente na avaliação das necessidades afectadas, ou um familiar/ pessoa significativa, quando necessário;</p> <p>c) Utiliza suporte documental individualizado para identificação de necessidades;</p> <p>d) Adopta ou não medidas especiais para avaliações das necessidades de doentes “especiais” (idosos, deficientes, etc)</p>	<p>Idem</p> <p>.</p>

Designação dos blocos temáticos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
D – Representações sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente.	-Recolher dados que permitam saber se existe um plano de cuidados escrito para cada doente e, em caso afirmativo, saber como o mesmo é elaborado.	1 – Solicitar a opinião do entrevistado sobre a utilidade do plano de cuidados. 2 - Questionar se existe um plano de cuidados escrito individualizado para cada doente. E, como é ou deveria ser elaborado: a) O utente é envolvido no plano; b) Como é feita a actualização do mesmo.	Ibidem
E – Representações sobre a implementação de cuidados de enfermagem ao doente internado no serviço.	Recolher dados que permitam saber o enfermeiro implementa o plano de cuidados de enfermagem.	1 - Solicitar que refira como implementa o plano de cuidados de enfermagem elaborado: a) Existe um responsável pela implementação do plano; b) Existe um registo rigoroso dos cuidados prestados, datado e assinado; c) Local onde o plano é guardado e arquivado.	Ibidem
F – Representações sobre a avaliação do plano de cuidados ao doente internado no serviço.	Recolher dados que permitam saber como é que o enfermeiro faz a avaliação dos cuidados.	1 - Solicitar ao entrevistado que refira como faz a avaliação dos cuidados prestados: a) A avaliação é feita individualmente ou em equipa; b) Com que regularidade; c) Os doentes têm acesso a uma segunda opinião e, em caso afirmativo, se costumam utilizar essa possibilidade.	Ibidem
G – Representações sobre a política relativa a saída/alta do doente internado no serviço.	Recolher dados que permitam conhecer a política relativa à saída/alta do serviço.	1 - Solicitar ao entrevistado que refira os procedimentos que executa quando um doente tem saída/alta do serviço; a) Existe um procedimento documentado para esse efeito; b) Quando dá início ao processo; c) Tipo de documentação que acompanha o doente no momento da alta.	No final da entrevista, a entrevistadora agradece a colaboração e disponibiliza-se para divulgar os resultados do estudo após a discussão da dissertação.

Anexo III – Grelhas de análise de conteúdo

Grelha 1: Categorias, subcategorias e unidades de registo referentes às práticas adoptadas no processo de admissão de doentes

Categorias	Sub categorias	Unidades de registo
Processo de admissão/ acolhimento	Planeamento da admissão	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...a programação da admissão é feita com o médico e com o enfermeiro chefe ou responsável ou com o coordenador que estiver no serviço. A3
	Apresentação pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...apresento-me ao doente, ...A2 ▸ ...tentamos por o doente à-vontade, o mais à-vontade possível...A4
	Identificação do doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Faz-se a identificação do doente ...B4
	Apresentação do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é-lhe apresentado as instalações...A1 ▸ Indicamos...a casa de banho.B1 ▸ ...uma panorâmica geral do serviço...B1 ▸ ...mostro-lhe onde fica o WC...B1 ▸ ...mostro-lhe a casa de banho, ...B2 ▸ ...mostra-lhe o serviço, B2 ▸ ...onde fica a casa de banho...B2 ▸ ...mostro-lhe o serviço...B3 ▸ ...onde fica a casa de banho...B3 ▸ ...onde fica o gabinete de enfermagem, ...B3 ▸ ...mostramos normalmente o serviço...A4 ▸ ...essencialmente as casas de banho, ... A4 ▸ ...o nosso gabinete, ...A4 ▸ ...o balcão...A4 ▸ Faz-se a identificação do serviço...B4
	Apresentação da unidade	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é-lhe apresentado... a unidade onde ele vai ficar...A1 ▸ Indicamos a cama, ...B1 ▸ ...onde pode por as coisas dele, as coisas... que ele vai precisar, ...B1 ▸ ...onde é a campainha, a luz...B1 ▸ ...indico-lhe a cama onde ele vai ficar instalado...A2 ▸ ...a campainha, ...A2 ▸ ...a luz ...A2 ▸ ...e mesinha de cabeceira...A2 ▸ ...apresento-lhe a enfermaria para onde vai no serviço...B2 ▸ ...como tem casa de banho, mostro-lhe a casa de banho, ...B2

		<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...onde tem campainha na casa de banho, para o ▸ ...onde tem campainha na casa de banho, para o caso de precisar dela, ...B2 ▸ ...mostro-lhe a campainha...B2 ▸ ...e a luz junto à cama, ...B2 ▸ ...quando a situação clínica dele o permite faz-se a integração da unidade, o espaço que tem para ele, ...B3
	Apresentação dos outros doentes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é-lhe apresentado... os outros doentes...A1
	Referência à equipa e funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...faz-se referência à equipa...A1 ▸ ...e ao funcionamento da equipa...A1
	Referência ao funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...uma panorâmica geral do serviço...B1 ▸ ...e do funcionamento...B1 ▸ ...digo-lhe o horário das visitas, ...B2 ▸ ...nomeadamente quanto ao facto deles terem direito a um acompanhante...B2 ▸ ...explicamos mais ou menos a dinâmica do serviço, ...A4 ▸ ...horário das visitas...A4 ▸ ...como é que funciona minimamente o serviço ...A4
	Práticas definidas nas normas de admissão	<ul style="list-style-type: none"> ▸ As práticas que habitualmente adoptamos,,há definido em termos de normas de admissão...A3 ▸ Faz-se...os procedimentos...B4 ▸ ...as normas de serviço, ...B4 ▸ ...os protocolos existentes...B4 ▸ ...as normas de funcionamento do serviço.B4
	Informações ao doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...informa-se o tipo de tratamento a que vai ser submetido...A1 ▸ E se ele tiver alguma dúvida, porque pode haver alguma coisa que ele queira saber...B1 ▸ ...dou-lhe um folheto informativo com as práticas do serviço ...A2 ▸ ...e reforço oralmente em relação a horários de alimentação...A2 ▸ ...visita médica...A2 ▸ ...e visitas sobretudo...A2 ▸ ...digo-lhe o horário das visitas, ...B2 ▸ ...quanto ao facto deles terem direito a um acompanhante. B2 ▸ ...vamos também já dando algumas indicações ao doente, nomeadamente se nós sabemos que tempo é que ele irá ficar internado...A4

		<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...para que se ele tiver dúvidas ou se precisar de alguma coisa nos contactar, ou pedir ajuda ...A4
	Informação à família	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Temos logo ali a família perto e dizemos logo algumas coisas que possam preocupar... B1 ▸ ...onde o doente fica, ... para quando o vierem visitar...B1 ▸ ...quando a família por vezes vem a acompanhar e está interessada nessa informação também damos ...B3
	Estimular a participação do doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...mas pedir também a colaboração deles, ...A4
	Mostrar disponibilidade e relação de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...normalmente disponibilizamo-nos...A1 ▸ ...se precisar de alguma coisa nos contactar, ou nos pedir ajuda...A4 ▸ ...ajuda-los a sentirem-se um pouco melhor num ambiente que é estranho... A4
Suporte documental	Utiliza suporte documental	<ul style="list-style-type: none"> ▸ O guião é aproveita-se também para preencher a folha de colheita de dados...A1 ▸ Tem. Eu creio que sim, está feito nesse sentido.B3 ▸ ...a nossa folha de colheita de dados,...a folha de cuidados pré-operatórios...A4 ▸ Sim. A folha de colheita de dados para a história de enfermagem...B4
	Utiliza suporte documental algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...temos um panfleto para entregar aos doentes, mas a maior parte das vezes não entregamos.B1
	Não utiliza suporte documental	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Não. A2 ▸ Não. B2 ▸ Não há um procedimento escrito em relação à admissão de doentes...B3
Formação específica sobre admissão de doentes	Com formação específica sobre admissão de doentes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...não mas o acolhimento do doente faz parte do background de conhecimentos do curso de enfermagem.A1 ▸ A formação que tenho foi adquirida no serviço.A2 ▸ ...é a que foi dada no âmbito do curso de enfermagem... A3 ▸ ...e depois é feita a formação durante o processo de integração do enfermeiro no serviço. A3 ▸ ...a adquirida durante o curso de enfermagem. A4 ▸ Tem havido formação contínua mas específica não. B4
	Sem formação específica	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Não B1 ▸ Não; acho que não. B2

Supervisão das práticas	Com supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...quando está a chefe ela tem esses cuidados de verificar se nós fazemos essa admissão.B3 ▸ A enfermeira chefe do serviço...costuma fazer uma avaliação costuma ver se estamos a fazer um bom preenchimento da folha de colheita de dados... incluindo alguns aspectos que possam estar menos bem. A4 ▸ Há.B4
	Sem supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Não existe supervisão de uma pessoa específica que vá de certa maneira averiguar da correcção ou da não correcção dos procedimentos...A1 ▸ Não, acho que estamos todos despertos para isso e não precisamos...B1 ▸ Não. A2 ▸ ...não, só se estiver algum colega que esteja a prestar atenção, ... B2 ▸ Não. ...não sendo confirmado depois se todos os procedimentos estão correctamente executados. A3
Inclusão da família/ pessoa significativa	Frequente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim, ...o envolvimento da família, por uma questão de filosofia do serviço. ...as tendências actuais é que a família seja envolvida no tratamento do doente. A1 ▸ Quando a família vem a acompanhar...os doentes que entram para operar, sim. B1 ▸ Se acompanhar o doente sim. A2 ▸ Quando a família está presente tento falar para ambos, para o doente e família. B2 ▸ Habitualmente, ...a família acompanha ou vem posteriormente tomar conhecimento em relação aos motivos da admissão do doente e é informada. A3 ▸ Sim, quando vem a acompanhar o doente vem, mas é muito raro. B3 ▸ ...nesses que têm mais dificuldades e que estão acompanhantes pedimos também a colaboração do acompanhante, familiar ou pessoa que está com ele... (...) o caso de pessoas idosas ou pessoas que tenham alguma deficiência em termos de linguagem ou de expressão, ...pedimos a colaboração dessa pessoa ou de um familiar que nos contacte. A4
	Casual	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Normalmente não, mas há casos excepcionais em que é necessário...B4

Justificação para adopção dessas práticas.	Por filosofia/política de serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Tem a ver com toda a filosofia do processo de enfermagem, ...A1 ▸ ...as tendências actuais é que a família esteja envolvida no tratamento do doente...A1 ▸ Porque, até ao momento não me pareceram desadequadas...A2 ▸ ...Até ter um modelo que as substitua, será aquele. A2 ▸ ...é este tipo de práticas que... faz parte do processo de enfermagem... A4 ▸ Primeiro porque são algumas das práticas que estão institucionalizadas... A4 ▸ ...faz parte do processo de enfermagem...A4 ▸ ...porque são algumas das práticas que facilitam a integração do doente...A4 ▸ Porque são as práticas mais homogêneas que o serviço preconiza. B4
	Questões relacionadas com o doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...porque eu acho que essas ... que sossegam mais o doente na vinda para o hospital.B1 ▸ ...é que a maioria dos doentes sendo doentes idosos habitualmente são acompanhados por uma terceira pessoa. A3 ▸ Porque acho importante desde o início a família estar integrada no processo de tratamento e de preparar a alta do doente, acho que é importante a família conhecer as regras do serviço e a forma como funcionamos.B3 ▸ ...facilitam a integração do doente, ... A4 ▸ ...para nós organizarmos o nosso plano e a nossa estratégia de actuação. A4 ▸ ...a recolha de dados...A4 ▸ Facilitam-nos bastante e ajudam-nos a estabelecer um melhor contacto com o doente. A4
	Questões pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Por eu estar de certo modo ligada à área de saúde mental, acabo por passar alguns conhecimentos dessa área....A1 ▸ ...porque eu acho que essas são... mais importantes...B1 ▸ Porque não sei como poderia fazer se não deste modo. B2
Responsabilidade e participação do Enfermeiro Chefe/ Coordenador	Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É a coordenadora de todo esse procedimento, ...A1 ▸ ...é ela que faz a gestão das camas no serviço...sim. A2 ▸ Habitualmente...define ... para que cama é que ele vai, as necessidades no serviço que é necessário para fazer o acolhimento do doente, embora haja

		<p>definido a distribuição de camas por médicos ...A3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ ...faz a gestão das camas e define para que cama é que aquele doente vai. A4 ▸ ...é o enfermeiro chefe ou o coordenador que gere a admissão dos doentes. B4
	Supervisão do processo	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...a supervisão é muito importante porque ...nos ajuda a melhorarmos as nossas atitudes ...A4
	Execução do processo	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...o enfermeiro chefe neste serviço acaba por ser ele o elemento mais vocacionado para essa tarefa. A1 ▸ Nos doentes que entram de véspera para operar isso é feito...pela chefe porque ela atribui-lhe logo faz a distribuição onde é que os doentes ficam colocados, ...B1 ▸ O enfermeiro chefe participa... como o próprio a admitir o doente na unidade.A2 ▸ O enfermeiro chefe por vezes também faz isso mas é mais raro, ...B2
	Elo de ligação com a família	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...o enfermeiro chefe que faz esse papel também de ligação com outros membros da família...B3

Grelha 2: Categorias, subcategorias e unidades de registo referentes às praticas adoptadas no processo de avaliação das necessidades do utente

Categorias	Sub categorias	Unidades de registo
Processo de avaliação das necessidades do utente	Com base nos dados do processo clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é feita a partir da história de enfermagem...A1 ▸ ...determinam-se os diagnósticos de enfermagem, A1 ▸ ...depois do preenchimento da folha de colheita de dados do processo de enfermagem.A1 ▸ ...modelo próprio...é utilizado como um guia...A2 ▸ Através da colheita de dados...B2 ▸ ... junto do doente e com base nos dados do processo clínico...A3 ▸ ...feita mediante a folha de colheita de dados...A3 ▸ ...pelo diagnóstico que tem... B3 ▸ ...em sequência à colheita de dados...B4
	Por necessidades humanas básicas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...e quais as necessidades afectadas por essas alterações... A1 ▸ Avaliamos o doente de acordo com a alteração das necessidades humanas básicas.A1 ▸ ...em que as necessidades são um bocadinho diferentes...B1 ▸ ...levantamento das necessidades.A2

		<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...atendendo aquilo que ele é capaz ou não de realizar nomeadamente em cada necessidade.B2 ▸ ...uma ponderação das necessidades que estão afectadas...A4 ▸ ...as necessidades que estão afectadas e que ele entende que estão afectadas também.A4 ▸ ...são levantadas as necessidades que ele tem de cuidados de enfermagem....B4
	Através da observação e conversa informal	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...nós que estamos como observador, ...A1 ▸ ...depois pela conversa vou vendo o que os preocupa mais...B1 ▸ ...olho para as pessoas para ver a postura delas. B1 ▸ ...vou fazendo questões ao próprio doente...B2 ▸ ...vou observando o próprio doente...B2 ▸ ...é mais pela observação do doente, ...B3 ▸ ...pela conversa ... B3 ▸ ...quando dá para conversar...B3 ▸ Consideramos também sempre a opinião dele se ele está capaz, se está consciente se está orientado, questionamo-lo e tentamos saber ...A4
Consideração pelo diagnóstico clínico	Como informação complementar	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É... mas é uma informação complementar, ...A1 ▸ Sim, também o tenho como ponto de referência mas...B2
	Tem em consideração	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Considero.B1 ▸ Sim. A2 ▸ Sim. A3 ▸ Sim. B3 ▸ Sim, normalmente é considerado.A4 ▸ Sim B4
Envolvimento do utente	O utente é sempre envolvido	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim, ... é sempre questionado, ... a sua opinião porque o que é uma necessidade para...A1 ▸ Sim.B1 ▸ ...colabora nessa avaliação através do questionário da entrevista...A3 ▸ Sempre que possível, sim.B3 ▸ Sim (...) e com a colaboração do utente...B4
	O utente nem sempre é envolvido	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim desde que o doente tenha capacidades psicológicas...A2 ▸ Tento, se ele colaborar...B2 ▸ ...parcialmente, não em todas as situações...A3 ▸ ...quando os doentes têm condições para o fazer que é feita ao doente.A3 ▸ ...avaliação é feita na presença do utente...B4
Envolvimento	A família/	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...mesmo porque o doente ao estar internado fica

da família/ pessoa significativa	pessoa significativa é sempre envolvida	sempre numa situação afectivamente mais vulnerável...A1 ▸ ...para dar apoio ao doente. B1 ▸ Sobretudo se o acompanha ou quando está presente. A2 ▸ Sempre que esteja por perto...B2 ▸ ...consideramos sempre o familiar ou pessoa significativa e...A4
	A família/ pessoa significativa é envolvida em casos especiais	▸ ...quando o doente tem alteração das capacidades intelectuais, ...A1 ▸ ...quando o doente tem alteração da comunicação A1 ▸ ...depois na alta para a continuidade de cuidados...A2 ▸ ...quando se prevê que vá ser necessário...A2 ▸ ...quando há dificuldade em adquirir um dado que seja significativo é solicitada a família. A3 ▸ ...quando os familiares vêm ao serviço na hora da visita são solicitados para fornecer esses dados. A3 ▸ ...envolvemos a família em situações de doente moribundos, ... B3 ▸ ...nomeadamente de pessoas idosas...A4 ▸ ...ou pessoa que não estejam orientados no tempo e no espaço...A4 ▸ ...em situações ... de pessoas que não consigam ou não saibam colaborar connosco...A4 ▸ ...em doentes conscientes não é utilizada ou envolvida...B4
	A família/ pessoa significativa nem sempre é envolvida	▸ Por vezes não é sempre não é prática corrente...A2 ▸ Os familiares nem tanto...B3
Suporte documental para identificação de necessidades	Tipo de suporte documental	▸ As folhas que temos no serviço, ...B1 ▸ Temos um modelo próprio, ...é utilizado como um guia ...A2 ▸ ...a folha de colheita dados...A3 ▸ ...continua a ser a folha de colheita de dados...B4
	Utilizado algumas vezes	▸ Embora não muitas vezes...B2 ▸ ...a avaliação é feita mas muitas vezes não tem suporte escrito...B3 ▸ Quando há tempo...agora com o processo de acreditação isso tem-se feito mais frequentemente B3 ▸ ...a nota das coisas mais importantes que devam ficar registados...é muito difícil ter tempo para fazer por escrito porque não há tempo...B3

	É sempre utilizado	<ul style="list-style-type: none"> ▸ é unicamente as notas de enfermagem...este registo é feito...A4 ▸ ...é discutido também com os colegas na passagem de turno e em momentos informais...A4
Adopção de medidas especiais para avaliações das necessidades de doentes “especiais” (idosos, deficientes, etc)	Adoptam medidas especiais	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim. Principalmente nos idosos...B1 ▸ ...essas necessidades têm que ser questionadas à família...B2 ▸ ...em termos de notas de evolução são feitos uns registo específico mais pormenorizados...A4 ▸ ...é a integração do familiar...A4
	Não adoptam medidas especiais	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...o serviço tem muitas dificuldades em termos estruturais que impedem a adopção dessas medidas especiais, ...A3 ▸ Medidas especiais não têm.B3 ▸ ...o serviço não permite grandes coisas especiais porque não existem e o serviço não permite. Pela estrutura física. B4

Grelha 3: Categoria, subcategorias e Unidades de registo referentes às práticas adoptadas no planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar ao utente.

Categorias	Sub categorias	Unidades de registo
Opinião sobre a utilidade do plano de cuidados	Considera útil	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é um registo de fácil consulta... tem uma visão cronológica da evolução da situações do doente, ...A1 ▸ ...é fácil de perceber as alterações da normalidade...A1 ▸ ...é fácil de perceber as ...as evoluções que tem ao longo do internamento...A1 ▸ é um bom registo a desenvolver.A1 ▸ ...é fundamental, cada vez em termos de um cuidado personalizado, ...A1 ▸ ...é importante para nos sabermos quais as necessidades que o doente necessita que sejam avaliadas...A2 ▸ ...é útil se for implementado por toda a gente...A2 ▸ ...é importante... e para pormos em prática as acções de enfermagem...B2 ▸ ...é importante para nos sabermos quais as necessidades que o doente necessita que sejam

		<p>avaliadas...B2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é importante é, essencialmente para a continuidade de cuidados...A4 ▸ ...é muito útil, essencialmente para uniformizar o tipo de cuidados...A4 ▸ ...é muito útil, ...para mantermos um suporte escrito que nos permita consultar...A4
	Considera inútil	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é uma perda de tempo. Porque nós temos pouco pessoal ...B1 ▸ ...como forma de cumprir uma exigência e ter um plano de cuidados escrito no processo penso que não tem interesse...A3
	Útil se os enfermeiros quiserem	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é útil se ...a própria passagem de turno seja pela avaliação desse mesmo plano.A2 ▸ ...é útil se for utilizado como forma de planear os cuidados e de os avaliar diariamente.A3 ▸ ...útil quando não temos que fazer notas de enfermagem, ...B3 ▸ ...poderá ser útil se for feito de uma forma clara e confidencial de forma resumida.B4
Plano de cuidados escrito	Elabora plano de cuidados de forma escrita	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...e que se prevê que fiquem internados durante mais tempo.A1 ▸ ...é elaborado, mas não fazemos a todos os doentes...fazemos só aos doentes que exigem um cuidados mais acentuados...B1 ▸ ...quando o serviço o permite a gente escreve...B1 ▸ ...Não é feito sistematicamente para todos os doentes ▸ ...é feito numa pequena percentagem. A2
	Elabora um plano de cuidados de forma mental	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mas elabora um plano mental sempre, esse já é automático...B2 ▸ ...não estarmos a fazer planos de cuidados escritos porque as dotações do serviço não nos permitem...mas o enfermeiro responsável pelo doente faz a avaliação faz a planeamento mental...A3 ▸ ...existe um plano de cuidados não está é escrito...A4 ▸ Não de forma escrita porque de forma empírica ele é feito...B4 ▸ ...de forma mental. B4 ▸ ...é feito de forma mental é feito no início de cada turno...B4
	Não elabora um plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...Eu ... não tenho feito, mas há quem o faça...B2

Como é ou deveria ser elaborado	Respeitando as regras básicas para a elaboração de um plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...deveria ser um registo diário... até a passagem de turno poderia ser feita através da leitura desse plano de cuidados.A1 ▸ ...deveria ser elaborado para a totalidade dos doentes...A1 ▸ ...Alterando e modificando as necessidades do doente afectadas...B1 ▸diariamente utilizado... pelo menos... fazer a passagem de turno por plano de cuidados...B1 ▸ ...tem que ser posto em prática.A2 ▸ ...a própria passagem de turno seja pela avaliação desse mesmo plano...A2 ▸ ...Deveria ser individualizado, cada doente deveria ter o seu plano. B3 ▸ ...deveria ser elaborado por diagnósticos de enfermagem, ...para cada diagnóstico haveria protocolado um objectivo e uma série de cuidados de enfermagem que deveriam ser realizados para esse diagnóstico... B4 ▸ Deveria haver um número de diagnósticos e de funções de enfermagem... o mais abrangente possível.B4
	Plano de cuidados adaptado	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...deveria ser elaborado para ...doentes que exigem mais cuidados...A1 ▸ ...terá que ser de uma versão mais simplista... que ser menos académico...A2 ▸ ...o enfermeiro responsável pelo doente faz a avaliação faz o plano mental e durante a passagem de turno é avaliado e discutido esse plano. A3 ▸ ...um plano de cuidados adaptado ao serviço nas notas de enfermagem...A4
O utente é envolvido no plano	O utente é sempre envolvido	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Claro. B1 ▸ Tenta-se que o utente também seja cooperante..B2 ▸ Sim. B3 ▸ ...é sempre envolvido em todos os cuidados de enfermagem desde que esteja consciente e orientado.B4
	O utente nem sempre é envolvido no plano	<ul style="list-style-type: none"> ▸ De uma forma teórica é...A1 ▸ De uma forma um bocadinho genérico é envolvido. A1 ▸ Nem sempre. A2 ▸ È. Não digo que seja envolvido em todas as necessidades mas que é envolvido em muitas das necessidades...A4

Como é feita a actualização	Quando há alteração das necessidades	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é feita quando há alguma alteração ao que está escrito. A1 ▸ ...quando se observava uma evolução positiva ou negativa para ser registada...A1 ▸ Se à alguma alteração do problema...A1 ▸ ...se há alguma alteração da execução...A1 ▸ ...à medida que ...vamos apoiando o doente...B1 ▸ Conforme a evolução...B1 ▸ ...à medida que necessidade afectada foi estando mais satisfeita...B1 ▸ ...à medida que levantamos uma questão...B1
	Em cada passagem de turno	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...pelo enfermeiro que está responsável pelo doente naquele turno e que o transmite aos colegas na passagem de turno. A2 ▸ ...com as informações que os colegas me vão transmitindo nas passagens de turno...B2 ▸ ...em cada passagem de turno...é feita actualização e a revisão do planeamento e da avaliação das necessidades. A3 ▸ ...Diário, todos os turnos avaliamos a situação, elaboramos mentalmente e às vezes em equipa às vezes com o responsável do plano. B3 ▸ ...cada pessoa num turno faz para o colega seguinte...A4 ▸ ...é actualizado de situação em situação uma vez que não há nenhum suporte escrito é actualizado no início de cada turno ou seja, três vezes por dia.B4

Grelha 4: Categorias, subcategorias e unidades de registo referentes às práticas adoptadas na implementação o plano de cuidados elaborado

Categorias	Sub categorias	Unidades de registo
Implementação de cuidados e tratamento.	De acordo com o que foi planeado	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é implementado de acordo com o que é projectado no papel...A1 ▸ Há o levantamento das necessidades... e passa depois para a prática.A2 ▸ Depois de saber qual a necessidade que necessita de cuidados e procuro satisfaze-los, ...B2 ▸ Da mesma forma o responsável pelo doente é responsável pela implementação dos cuidados planeados...A3 ▸ ...é a pessoa que faz a avaliação inicial que vai transmitir aos colegas esse tipo de informação.A4 ▸ Depois de ter contacto com o doente...B4

		<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...depois de ter comunicado quais as principais necessidades do doente, ...B4 ▸ ...começa-se a prestar os cuidados de enfermagem para tentar realizar as necessidades...B4
	A implementação não está “presa” ao plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Vou adequando a minha forma de actuar conforme aquilo que eu vá sentindo que seja o melhor.B1 ▸ ...passa mais da prática para o papel...A2 ▸ ...faço tudo que o doente não é capaz de fazer. B2 ▸ ...eu procuro sempre que ele seja o mais independente possível...B2 ▸ Fica de acordo com cada enfermeiro que está naquele turno.B3
Responsabilidade de implementação do plano	Existe um responsável pela implementação do plano	<ul style="list-style-type: none"> ▸ A Enf. Chefe faz ... pressão...vai-nos lembrando para nós não ficarmos destreinados.B1 ▸ É o enfermeiro responsável pelo doente. A2 ▸ É o enfermeiro responsável pelo doente...B2 ▸ ...o responsável pelo doente é responsável pela implementação dos cuidados planeados...A3 ▸ ...enfermeiro que tem o doente distribuído é que fica responsável por pôr em prática...B3 ▸ ...é feito por quem admite o doente...A4
	Não existe um responsável pela implementação	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...responsabilidades dos enfermeiros do turno...A1 ▸ Não. B4
Registo dos cuidados prestados	Registo dos cuidados é rigoroso	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim. È rigoroso. B2 ▸ Sim...B3
	Registo dos cuidados prestados nem sempre é rigoroso	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é proporcional à exigência dos cuidados. ...quando é uma situação grave, que exige mais observação aumenta o rigor dos registos...A1 ▸ Rigoroso não. B1 ▸ Rigorosos não... mas das necessidades básicas...que necessitem de mais apoio sim.B2 ▸ Nem sempre. A4
	Registo dos cuidados não é rigoroso	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...o registo é feito na folha de notas de enfermagem...A3 ▸ Não. B4
Onde é que faz esse registo	No processo de enfermagem (folha de colheita de dados)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...preenchimento da folha de colheita de dados do processo de enfermagem. A1 ▸ ...e das recolhas dos dados...B1 ▸ Na colheita de dados utilizo suporte documental. B2 ▸ A folha de colheita de dados para a história de enfermagem...B4

	No processo de enfermagem (folha de planos de cuidados)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Nas folhas dos planos...B1 ▸ O registo dos cuidados prestados, os que ficam no plano mesmo.A2
	No processo de enfermagem (folha de notas de enfermagem)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Existem notas de evolução do doente, onde se coloca tudo o que é feito ao doente.A2 ▸ ...o registo é feito na folha de notas de enfermagem...A3 ▸ ...nas notas de enfermagem...B3 ▸ ...em notas de enfermagem...A4
É datado e assinado	Sempre	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim. A1 ▸ Claro.B1 ▸ É datado e assinado.A2 ▸ Sim.B2 ▸ É datado e assinado.A3 ▸ Sim. B3 ▸ É datado e assinado...A4 ▸ É data e assinado. B4
Local onde é guardado o plano	No processo clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▸ No processo do doente ...A1 ▸ No processo do doente...B1 ▸ No processo do doente...A2 ▸ No processo de enfermagem...B2 ▸ ...no processo de enfermagem, ...A3 ▸ No processo clínico do doente...B3 ▸ No processo clínico do doente...A4 ▸ No processo individual do doente. B4
Local onde é arquivado o plano	No processo clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...dentro de um carro que existe na sala de enfermagem...A1 ▸ No carro dos processos...B1 ▸ No carro dos processos...A2 ▸ No carro dos processos...B2 ▸ ...no carro do processo clínico...A3 ▸ ...na sala...B3 ▸ No carro do processo clínico...A4 ▸ ...num carro de processos, ...B4

Considera que o local é seguro	Relativamente seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É relativamente seguro...A1 ▸ Nunca vi ninguém fora do serviço a mexer...B1 ▸ ...não é acessível a toda a gente, mas não está fechado.A2 ▸ ...no turno da manhã considero que seja mais ou menos seguro. Nos outros turnos não garanto... B2 ▸ O carro não é fechado e a sala onde habitualmente está também não...A3 ▸ ...a porta da sala está aberta...B3 ▸ Nunca vi ninguém fora do serviço a mexer...A4 ▸ Dentro das condicionantes do serviço, é o sítio mais seguro...B4
--------------------------------	----------------------	---

Grelha 5: Categorias, subcategorias e unidades de registo referentes às práticas adoptadas na avaliação dos cuidados de enfermagem

Categorias	Sub categorias	Unidades de registo
A avaliação dos cuidados prestados	Com base nos registos	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...é feita ao nível do registo no plano...A1 ▸ ...faz-se uma avaliação diária nos registos de evolução...A1 ▸ ...é feita em notas de enfermagem...A4
	Com base nas necessidades que vão sendo satisfeitas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...conversando com o doente nos cuidados...B1 ▸ ...vou vendo a satisfação dele...B1 ▸ ...avaliação dos cuidados prestados...A3 ▸ ...faz a descrição das necessidades avaliadas dos cuidados prestados e em conjunto é feita essa avaliação. A3 ▸ A avaliação também é um bocado mental...B3 ▸ ...avaliação também depende das necessidades...A4 ▸ ...é feita logo uma avaliação genérica do doente...A4 ▸ Terão que ser ...as necessidades que se mantêm e os procedimentos que há a fazer. B4
A avaliação é feita individualmente ou em equipa	A avaliação é feita em equipa	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...quando tenho algumas dúvidas pergunto aos outros colegas...B1 ▸ ...é feita em equipa...B2 ▸ ...em equipa. A3 ▸ ...é discutida muitas vezes em equipa...B3 ▸ ...falada com os colegas dialogada com os colegas...A4 ▸ ...avaliação que é feita, muitas vezes é em equipa...A4

	A avaliação é feita individualmente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É feita individualmente... o enfermeiro que está com o doente por vezes precisa do parecer dos colegas A2
Regularidade com que é feita a avaliação	Diária	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...notas do turno da manhã...A1
	Por turno	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É continua. B1 ▸ ...diariamente e em todos os turnos...A2 ▸ Nas passagens de turno...três...B2 ▸ ...durante as passagens de turno, A3 ▸ ...em todas as passagens de turno...B3 ▸ ...é feita por turno. A4 ▸ De oito em oito horas...a avaliação é sempre feita no final de cada turno...B4
	Quando há alterações significativas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Quando há alterações significativas a introduzir...A1 ▸ A regularidade depende do problema em si...A2
Os doentes têm acesso a uma segunda opinião se solicitar	Tem acesso	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Dentro do hospital tem direito há opinião dos funcionários...A1 ▸ Eu gosto sempre de saber se eles estão contentes...B1 ▸ Sim isso acontece às vezes...B2 ▸ ...se o doente solicitar...A3 ▸ Relativamente aos cuidados de enfermagem sim...B3 ▸ Quando solicitada...A4
	Não tem acesso	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Normalmente não. A2 ▸ Têm acesso ao processo...B4

Grelha 6: Categoria, subcategoria e unidades de registo referentes aos procedimentos adoptados quando um doente tem saída/alta do serviço.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Procedimentos quando um doente tem saída/alta do serviço.	Avaliação social	<ul style="list-style-type: none"> ▸ É avaliada a situação social do doente...A1 ▸ ...é pedida a colaboração da assistente social do hospital que se encarrega de colmatar essas lacunas. A1 ▸ ...se necessita de apoio social e encaminhar ...A3 ▸ ...contactar com a assistente social do hospital...B3 ▸ ...nós avaliamos a situação do doente...A4

	Avaliação das condições familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...o tipo de apoios que tem ao nível da sua família, ...A1 ▸ ...saber com quem vive, ...A3, ▸ ...contactamos muitas vezes com a família ...ou memo na preparação da alta...B3
	Ensinos ao doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...fazemos um ensino breve daquilo que ele vai precisar...B1 ▸ ...fazemos um ensino ...quando é que tira os pontos o quando vai fazer o penso, ...B1 ▸ ...em relação à medicação que ele tiver que tomar no domicílio ...digo que está prescrita a dosagem na receita, ...B2 ▸ Tento explicar da forma mais acessível ao doente...B2 ▸ ...procuro também dizer ao doente que se houver alguma dúvida que pode sempre esclarecer telefonando para cá ou passando por cá.... B2 ▸ ...todos os ensinos da parte de enfermagem, ...B3 ▸ ...explicamos-lhe sumariamente o que é que se vai proceder a seguir...A4
	Ensino à família	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Tento explicar da forma mais acessível ...e à família...B2 ▸ ...é feito o ensino junto com o doente em relação a posicionamentos, ...A3 ▸ ...em relação a alimentação...A3 ▸ ...portanto todas as necessidades e actividades de vida diária A3 ▸ ...família vem e é feito o ensino...B3 ▸ ...quando os familiares... é-lhes solicitado para vir ... programar a alta do doente. A3 ▸ ...mas existe um procedimento escrito, ... para orientação e planeamento da alta ... A3
	Garantia da continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...determinadas as necessidades... se o doente precisa de enfermagem de cuidados médicos...A1 ▸ ...toda essa situação é encaminhada ao nível do hospital. A1 ▸ Se o doente necessitar de continuidade de cuidados de enfermagem...A2
	Elaboração da carta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...carta de enfermagem...somos nós que fazemos, ...B3 ▸ ...é a carta de alta que fazemos sempre que necessário para os doente...A4 ▸ ...elaborada a carta de enfermagem...B4
	Comunicação da alta ao doente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ O doente é informado que vai ter alta...B3 ▸ Informamos sempre o doente que vai ter alta.A4

	Registo da alta	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...folha de suporte de informação... onde tem determinados aspectos que nós verificamos a quando da alta de um doente...A4 ▸ É dada a alta no processo...B4
	Contactar a família para informar da alta	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...telefonamos para família...B1 ▸ ...é sempre posta a questão se não lhe dá jeito ir agora vai quando lhe der jeito...B1 ▸ ...tento saber se é necessário contactar a família...B2 ▸ ...contactamos com a família se esta não tem disponibilidade para levar o doente naquela hora e gerimos isso com a família, ...B3 ▸ ...contactamos nós os familiares ou pedimos à secretária que o faça...A4
	Entrega da documentação	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...juntar os documentos...B2 ▸ ...procuro saber...se a alta está tratada...B2 ▸ ...entregar toda a documentação...B2
	Mostrar disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...mostramos sempre disponibilidade para se for preciso alguma coisa para ele se dirigir aqui...A4
Procedimento documentado	Não existe	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Não, penso que ▸ ...não. A1 ▸ Não. A2 ▸ Eu penso que não. B2
	Cartas de recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Temos umas cartas de recomendação mas mais virados para os cuidados em relação à cirurgia. B1 ▸ ...existe uns procedimentos escritos para doentes com AVC...A3 ▸ ...e existe uma folha de suporte de informação...A4 ▸ O procedimento documentado é fazer uma carta para o Centro de Saúde sempre que necessário, consulta externa e são registos escritos...B4
Quando dá início ao processo	No momento em que o doente entra no serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Pode começar quando o doente entra... eu acho que a alta começa no dia em que eles entram.B1 ▸ ...em algumas situações é logo no dia da admissão...A2 ▸ ...tentamos, mas nem sempre conseguimos é que assim que o doente entra, ...B3 ▸ ...em situações de cirurgia programada tem início no dia do internamento...B4
	Quando a situação clínica do doente fica estabilizada	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...assim que são detectadas essas necessidades...o mais cedo possível. A3 ▸ ...no caso de cirurgia não programada ...a partir do momento em que o utente fica mais estabilizado...B4

	Uns dias antes da alta	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Uns dias antes do doente ter alta. A1 ▸ ...três dias, será esse o prazo que se prevê de tratamento de tudo o que é necessário para a alta. A1 ▸ ...com mais assim intensidade quando o clínico, médico diz que tem alta provável...B3
	Quando o médico diz que tem alta	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Quando o médico diz que tem alta...B2
Documentação que acompanha o doente	Carta para o médico de família	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...carta para o médico de família da parte médica.A1 ▸ ...carta para o médico de família...B1 ▸ ...carta para o medico assistente...A2 ▸ ...carta do médico...B2 ▸ ...carta para o médico de família...A3 ▸ ...carta ...para o médico de família...B3 ▸ ...carta do médico dirigida ao colega médico do Centro de Saúde...A4 ▸ ...carta do médico...A4
	Carta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...carta de enfermagem, A1 ▸ ...carta de enfermagem...B1 ▸ ...carta para o enfermeiro assistente...A2 ▸ ...carta de enfermagem...B2 ▸ ...carta para o enfermeiro...A3 ▸ ...carta de enfermagem...B3 ▸ ...carta de enfermagem dirigida ao também ao colega do Centro de Saúde, ...A4 ▸ ...carta de enfermagem...B4
	Atestado ou baixa médica	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...atestado do médico, ...A1 ▸ ...atestado de médico ou baixa...B1 ▸ ...atestado médico quando solicitam. B3 ▸ ...documento da baixa ou atestado médico...A4 ▸ ...boletim da baixa...B4
	Marcação de consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...carta quando precisa de marcação de consulta externa...B1 ▸ ...o modelo que leva a marcação de consulta...A2 ▸ ...um papel onde diz a data da consulta e a hora, ...A4 ▸ ...marcação de consulta...B4
	Carta de recomendações	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...carta de recomendações para o doente B1 ▸ ...panfleto...do ensino do doente e família. A3 ▸ ...documento para doentes submetidos a artroplastia da anca... ou para outros doentes que têm alta com aparelhos gessados.B4

	Carta para a assistente social	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...para alguma assistente social outras coisas que possam ser necessárias...A2
	Receita médica com folheto explicativo	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...está prescrita a dosagem na receita, ...os cardiologistas têm uma folhinha própria em que fazem isso. B2 ▸ ...as receitas médicas, ...B3
	Requisição de exames complementares de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...um folheto próprio com informações específicas sobre esses exames ou tratamento.A2 ▸ ...uma folha de Rx...A4 ▸ ...exames complementares de diagnóstico...B4
Contacto directo com a unidade de saúde mais próxima do doente como garantia da continuidade de cuidados	Raramente existe	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Quando há necessidade, telefonamos... informamos mas situações pontuais...A1 ▸ Um telefonema ...nem me recordo nunca ter que telefonar... informação só escrita. B1 ▸ Muito pouca, ...B3
	Inexistente	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Não. Nem sequer temos garantia ...sabemos que alguns doentes não vão depois entregar as cartas...A2 ▸ Que eu saiba não...B2 ▸ Não... Neste momento não existe. A3 ▸ Não. B4
	Já houve um contacto directo com a unidade de saúde mais próxima.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ...há alguma má vontade de parte dos colegas do centro de saúde...B1 ▸ Acho que já houve em tempos. B2